

ся фактором, значительно снижающим качество жизни пациентов с ОА, поэтому быстрое ее купирование — один из наиболее значимых маркеров удовлетворенности лечением у данной категории больных.

Купирование болевого синдрома непосредственно в зоне поражения нерва наиболее быстро и эффективно достигается с помощью инфилтративных блокад. Именно с этим связан выбор пути введения ингибитора ЦОГ 2 Амелотекса® при лечении синовита. Усиление обезболивающего эффекта достигалось введением в схему лечения Комплигама В®, содержащего комплекс витаминов группы В, анальгетический эффект которых хорошо известен с середины прошлого века.

Нейротропные витамины оказывают также нейростимулирующее и ремиелинизирующее действие. Наличие 3 витаминов в одном препарате обеспечивает синергичный эффект и объясняет положительную динамику уменьшения выраженности чувствительных расстройств у больных ОА [15].

Исходно высокий уровень цитокинов, характеризующий наличие выраженной воспалительной реакции и отражающий один из механизмов возникновения и прогрессирования ОА, достоверно снижался на фоне терапии. Особенно значимой была динамика ИЛ 1β. Этот факт имеет большое значение, поскольку известно, что под действием ИЛ 1β хондроциты синтезируют протеолитические ферменты, вызывающие деградацию коллагена и протеогликанов хряща, а также стимулируют апоптоз хондроцитов и синовиоцитов [7—10].

Заключение. Таким образом, сочетанное использование Амелотекса® и Комплигама В® при ОА может свидетельствовать о наличии у данной комбинации иммунокорригирующих свойств.

Полученные данные позволяют рекомендовать Амелотекс® и Комплигам В® в качестве высокоэффективной комбинации терапии ОА с явлениями синовита.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Артемьев Д.В., Захаров В.В., Левин О.С. и др. Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и двигательные нарушения в пожилом возрасте. М., 2005.
2. Fidelix T.S., Soares B.D., Trevisani V. Diacerein for osteoarthritis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006
3. Cooper C. Epidemiology of osteoarthritis. In: Klippel J.H., Dieppe P.A., eds. Rheumatology, 2nd ed. London: Mosby, 1998:1—20.
4. Качество жизни. Болезни костно-мышечной системы. М., 2003;104 с.
5. Peat G., McCarney R., Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of health care. Ann Rheum Dis 2001;60:91.
6. Справочник по ревматологии. Под ред. В.А. Насоновой. М., 2005;280 с.
7. Goldring M.B., Otero M., Tsuchimochi K. et al. Defining the roles of inflammatory and anabolic cytokines in cartilage metabolism. Ann Rheum Dis 2008;67(Suppl. III):75—82.
8. Kobayashi M., Sjurei G.R., Mousa A. et al. Role of interleukin-1 and tumor necrosis factor alpha in matrix degradation of humor osteoarthritis cartilage. Arthr Rheum 2005;52:128—35.
9. Bondeson J., Wainwright S.D., Lauder S. et al. The role of synovial macrophages and macrophage produced cytokines in driving aggrecanases matrix metalloproteinase's and other destructive and in flammatory responses in osteoarthritis. Arthr Res Ther 2006;8:187.
10. Goldring M.B., Berenbaum F. The regulation of chondrocyte function by proinflammatory mediators: prostaglandins and nitric oxide. Clin Orthop Relat Res 2004 Okt (Suppl. 427):37—46.
11. Pavelka K., Trc T., Karpas K. et al. The efficacy and safety of diacerein in the treatment of painful osteoarthritis of the knee: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study with primary end points at two months after the end of a three-month treatment period. Arthr Rheum 2007;56(12):4055—64.
12. Rintelen B., Neumann K., Leeb B.F. A meta-analysis of controlled clinical studies with diacerein in the treatment of osteoarthritis. Arch Intern Med 2006;166(17):1899—906.
13. Хитров Н.А. Современные пути лечения остеоартроза. РМЖ 2009;17(21):1778.
14. Строков И.А., Ахмеджанова Л.Т., Соколова О.А. Применение высоких доз витаминов группы В в неврологии. Трудный пациент 2009;10:17—21.
15. Беляков К.М. Дисметаболические полинейропатии. Дис. ... д-ра мед. наук. Н. Новгород, 2004; 45 с.

Применение растительного препарата Урисан в качестве базисной терапии подагры

Т.Н. Халфина, И.Г. Салихов, С.П. Якупова
Казанский государственный медицинский университет

Цель исследования — оценка эффективности, безопасности и переносимости растительного комплекса Урисан у больных подагрой. **Материал и методы.** Под наблюдением находилось 30 больных с верифицированным диагнозом подагра (по критериям АСР) в межприступном периоде, не принимающих аллопуринол. Проводилась субъективная оценка переносимости препарата врачом и пациентом. Для определения эффективности терапии до ее начала и через 1 мес осуществляли общеклиническое обследование, антропометрию, контроль АД, уровня мочевой кислоты (МК) в крови и моче, липидного обмена.

Результаты исследования. Отмечен положительный эффект Урисана, проявившийся в снижении уровня МК в крови ($p < 0,003$). Для более детальной оценки влияния Урисана на гиперурикемию пациентов разделили на 3 группы в зависимости от первоначального уровня МК, во всех группах отмечалась положительная динамика. Достоверное снижение показателей МК наблюдалось в 1-й и 2-й группах ($p < 0,007$ и $p < 0,04$ соответственно). Влияния на выделение МК не установлено. Переносимость препарата была хорошей. **Заключение.** Урисан оказывает положительное действие, снижая гиперурикемию независимо от ее исходных значений.

Ключевые слова: подагра, гиперурикемия, мочевая кислота, Урисан.
Контакты: Тамила Ниловна Халфина tanax@rambler.ru

USE OF HERBAL REMEDY URISAN AS BASIC THERAPY FOR GOUT

T.N. Khalфина, I.G. Salikhov, S.P. Yakupova

Kazan State Medical University

Objective: to evaluate the efficacy, safety, and tolerance of the herbal complex Urisan used in patients with gout.

Subjects and methods. Thirty allopurinol-untreated patients with a verified diagnosis of gout (by the ACR criteria) were followed up during a relapse-free interval. Subjective appraisals of the tolerance of Urisan were provided by a physician and a patient. General clinical examination, anthropometry, monitoring blood pressure and uric acid (UA) in blood and urine, and lipid metabolism were made to define the efficiency of therapy before and after it.

Results. Urisan exhibited a positive effect in reducing the blood levels of UA ($p < 0,003$). For more detailed evaluation of the effect of Urisan on hyperuricemia, the patients were divided into 3 groups in accordance with the baseline level of UA; positive changes were observed in all the groups. Significantly lower UA levels were seen in Groups 1 and 2 ($p < 0,007$ and $p < 0,04$, respectively). The remedy was found to have no effect on UA excretion. Its tolerance was good.

Conclusion. Urisan has a positive effect, by lowering hyperuricemia despite the latter's baseline values.

Key words: gout, hyperuricemia, uric acid, Urisan.

Contact: Tamila Nilovna Khalфина tanax@rambler.ru

Болезнь депонирования кристаллов мочевой кислоты (МК) – подагра – самое распространенное воспалительное заболевание суставов у мужчин: им страдает до 2% взрослого мужского населения [1].

Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с нарушением мочекишечного (пуринового) обмена, повышением содержания в крови МК (гиперурикемия), обусловленным внешнесредовыми и/или генетическими факторами и воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия (МУН), протекающее с рецидивирующими приступами острого артрита, кристаллиндуцированными синовитами и образованием подагрических тофусов [2, 3].

Рост заболеваемости подагрой связан с эпидемией метаболического синдрома и ожирения, которые в свою очередь обусловлены гиподинамией, избытком несбалансированного питания, стрессом и как следствие – злоупотреблением алкоголем [1, 2].

Основным базисным препаратом для лечения подагры в нашей стране остается аллопуринол. К сожалению, у части больных он не дает должного эффекта или не может применяться из-за гепатотоксичности, гиперчувствительности, а также развития более тяжелых состояний [4].

Приверженность лечению у больных подагрой крайне низка именно из-за мнимого благополучия болезни, длительного светлого промежутка, необходимости соблюдения строгих диетических рекомендаций и нежелания длительного приема «химических» препаратов.

Коварство болезни заключается в том, что, несмотря на возможную длительную ремиссию, однажды начавшееся кристаллообразование (при не контролируемой теми или иными средствами гиперурикемии) происходит в организме больного постоянно [1].

В связи с этим представляется интересным и перспективным использование растительного препарата Урисан в составе базисной терапии подагры.

Опыт применения Урисана в НИИ ревматологии РАМН, Ивановской государственной медицинской академии показал его умеренный антигиперурикемический эффект, безопасность, хорошую переносимость, отсутствие отрицательного взаимодействия с другими лекарственными препаратами [5, 6].

Материал и методы. Данная работа была проведена на базе Республиканской клинической больницы и городской клинической больницы № 7 Казани в рамках многоцентрового российского исследования эффективности, безопасности и переносимости Урисана. В исследование включено 30 мужчин старше 20 лет (средний возраст 54,2 года) с верифицированным диагнозом подагры по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR), не принимающих аллопуринол.

Больные находились в межприступном периоде. Средняя длительность болезни составляла 8,9 (0,5–33) года, у 11 больных выявлена сопутствующая АГ, у 22 – метаболический синдром, индекс массы тела (ИМТ) в среднем составлял $29,4 \pm 5,3$ кг/м², соотношение объем талии/объем бедер (ОТ/ОБ) – $0,999 \pm 0,05$, у 5 (16,6%) отмечались гипергликемия натощак $>6,1$ ммоль/л, у 17 – повышение уровня холестерина >5 ммоль/л, средние значения показателей липидного профиля и уровень глюкозы крови – $4,95 \pm 0,83$ ммоль/л (табл. 1).

Проводили общеклиническое обследование больных до начала терапии, антропометрию, контроль АД, общего анализа крови, уровня МК в крови и моче, липидного обмена, печеночных ферментов, функций почек до начала терапии и через 1 мес после нее.

Переносимость оценивали врач и пациент субъективно как «отличную», «хорошую», «удовлетворительную» или «плохую».

Были установлены следующие критерии исключения из исследования: нестабильная стенокардия; нарушения ритма сердца высоких градаций, перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе; операция коронарного шунтирования (или ангиопластика коронарных артерий) менее чем за 6 мес до включения в исследование; застойная сердечная недостаточность; острое нарушение мозгового кровообращения или черепно-мозговая травма в предшествующие 12 мес; острые инфекционные или воспалительные заболевания в предшествующие 2 мес; уровень креатинина >180 мкмоль/л; нарушения функции печени; инсулинотерапия; заболевания щитовидной железы, требующие гормональной коррекции; анемия (уровень Hb <100 г/л); злокачественные новообразования.

Препарат назначали по 2 капсулы 2 раза в день в течение 1 мес.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных

Характеристика	Группа больных, n=30
Возраст, годы	54,2±10,13
Длительность болезни, годы	8,9 (0,5–33)
Количество подкожных тофусов	10,8 (43,3%)
Общее количество пораженных суставов за весь период заболевания	15,7 (1–50)
Частота обострений за последний год	8,2 (1–25)
Длительность последнего обострения, дни	17,46
ИМТ, кг/м ²	29,4±5,3
ОТ/ОБ	0,999±0,05
Наличие АГ, количество больных	11 (36,6%)
СОЭ, мм/ч	19,8±14,3
Уровень МК, мкмоль/л: в крови в моче	597,34±139,6 4,38±3,18
Уровень креатинина в крови, ммоль/л	104,99±31,3
СКФ, мл/мин	94,85±31,4
Уровень холестерина, ммоль/л	5,49±1,0
Уровень триглицеридов, ммоль/л	2,66±2,1
Уровень ЛПВП, ммоль/л	1,04±0,29
Уровень глюкозы в крови, ммоль/л	4,95±0,83

Антигипертензивная, сахароснижающая (таблетированная) терапия не менялась, если была назначена ранее.

Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, вер-

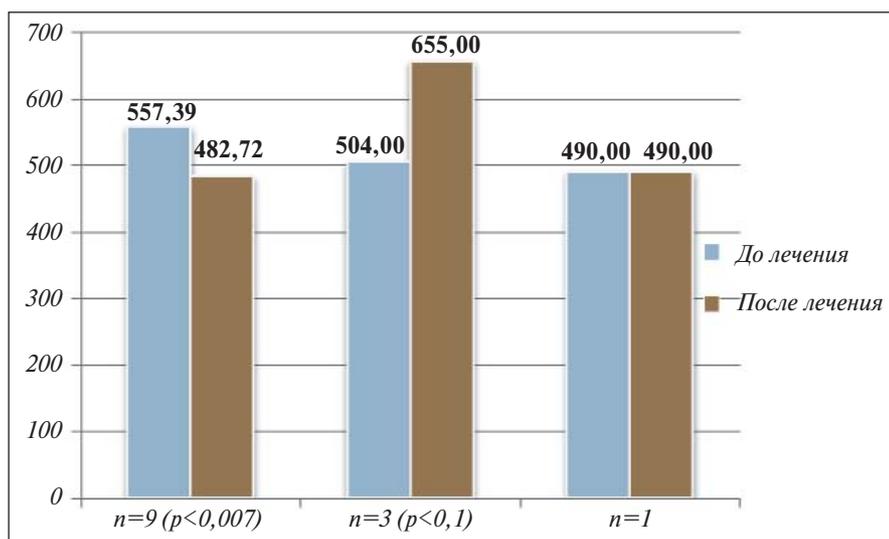


Рис. 1. Динамика уровня МК (мкмоль/л) в крови на фоне терапии Урисаном у пациентов 1-й группы

сия 6.0 с использованием непараметрических методов (критерий Уилкоксона, применяемый для сравнения групп до и после лечения).

Результаты исследования и их обсуждение. Влияние Урисана на уровень гиперурикемии неоднозначно: у 17 (60,7%) пациентов выявлено достоверное снижение уровня МК с 649,36±130,3 мкмоль/л до лечения до 519,1±100,37 мкмоль/л (p<0,003) после 1 мес терапии. У 2 (7,14%) больных динамики не отмечено и у 6 (21,4%) наблюдалось повышение концентрации МК на фоне терапии с 567,83±83,9 до 726,66±130,66 мкмоль/л (p<0,03).

В зависимости от первоначального уровня гиперурикемии пациентов условно разделили на 3 группы: 1-я группа – уровень МК 420–600 мкмоль/л; 2-я группа – 600–800 мкмоль/л; 3-я группа – >800 мкмоль/л. При анализе изменений концентрации МК в зависимости от исходных значений выявлены следующие данные.

Из 13 больных 1-й группы снижение уровня МК отмечено у 9 (69,2%), повышение – у 3 (23%), и у 1 (7,7%) уровень МК в крови остался без изменений (рис. 1).

Во 2-й группе у 5 (55,6%) из 9 больных отмечалось снижение уровня МК в крови, у 3 (33,3%) – повышение, и у 1 (11,1%) он не изменился (рис. 2).

У 6 пациентов 1-й и 2-й групп по мере нарастания гиперурикемии на фоне терапии имело место грубое нарушение диеты.

У всех 3 пациентов 3-й группы отмечено снижение уровня МК в крови (рис. 3).

Во всех 3 группах выделение МК с мочой на фоне терапии не изменилось по сравнению с исходными значениями, что позволяет предположить преимущественно антигиперурикемический эффект препарата по сравнению с урикозурическим и требует дальнейшего изучения.

Установлено, что из 7 пациентов с обострениями артрита 1 раз и более в месяц за последний год на фоне приема препарата лишь у 3 отмечались приступы артрита, что дает основание говорить о некотором противовоспалительном эффекте Урисана.

Не отмечено изменений ИМТ, ОТ/ОБ, общего анализа крови (ОАК), липидного профиля, уровня печеночных ферментов до и после терапии.

Анализ влияния препарата на функцию почек показал, что у пациентов с нормальным уровнем креатинина изменений функции почек не определялось, но у 5 из 7 больных, включенных в исследование с изначально невыраженным повышением уровня креатинина (120–176 мкмоль/л), отмечался прирост этого показателя на фоне приема препарата в среднем на 8,2 мкмоль/л.

На фоне приема препарата выявлены следующие побочные эффекты: у 2 пациентов – аллергические высыпания по типу крапивницы, которые после самостоятельного возобновления приема препарата не повторились.

лись; у 2 – боли в эпигастрии после 1–2 нед лечения.

У 6 из 11 пациентов с сопутствующей АГ наблюдалось повышение АД. При приеме антигипертензивных препаратов и Урисана с разницей во времени более 2 ч повышение АД отмечалось значительно реже, что, возможно, связано с фармакодинамическим и фармакокинетическим взаимодействием Урисана и антигипертензивных препаратов.

Заключение. 1. Растительный препарат Урисан оказал положительное действие на снижение уровня МК в крови у 17 (60,7%) пациентов независимо от его исходных значений.

2. Урисан подтвердил свою безопасность, но следует с осторожностью применять его у пациентов с повышенным уровнем креатинина.

3. Урисан – эффективное антигиперурикемическое средство с некоторым противовоспалительным компонентом, которое хорошо переносится, что позволяет рекомендовать его для лечения больных подагрой независимо от уровня гиперурикемии.

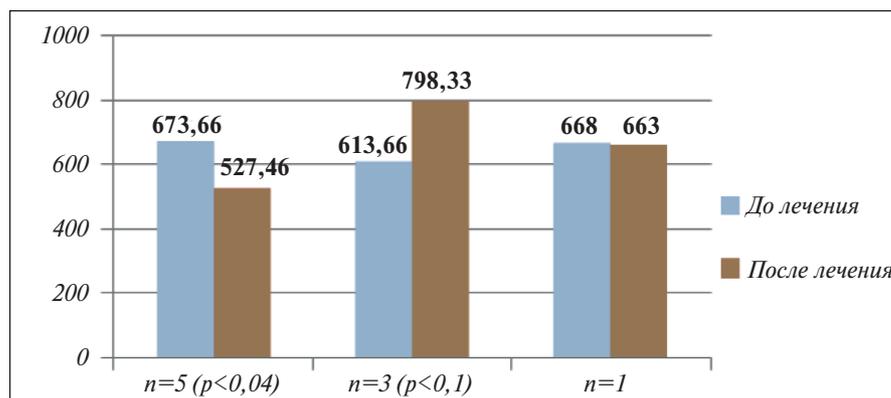


Рис. 2. Динамика уровня МК (мг/дл) в крови на фоне терапии Урисаном у пациентов 2-й группы

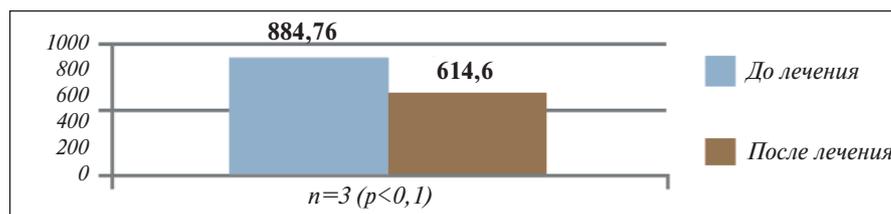


Рис. 3. Динамика уровня МК (мг/дл) в крови на фоне терапии Урисаном у пациентов 3-й группы

Таблица 2. Оценка переносимости Урисана пациентом и врачом

Характеристика	Переносимость			
	отличная	хорошая	удовлетворительная	плохая
По оценке больного (n=30)	15 (50)	13 (43,3)	2 (6,6)	0
По оценке врача (n=30)	12 (40)	10 (33,3)	7 (23,3)	1 (3,4)

Примечание. В скобках – процент больных.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Барскова В.Г. Нимесулид в лечении подагрического артрита. Consilium Medicum 2008;2(10):19–23.
 2. Барскова В.Г. Подагра в XXI веке. Науч-практич ревматол 2009;2(Прил.):44–6.
 3. Максудова А.Н., Салихов И.Г., Хабиров Р.А. В кн.: Подагра. М.: МЕДпресс-информ, 2008;96.
 4. Lee H.Y., Ariyasinghe J.T.N., Thirumoorthy T. Allopurinol hypersensitivity syndrome: a preventable severe cutaneous adversereaction? Singapore Med J 2008;49(5):384.
 5. Ильина А.Е., Барскова В.Г. Применение Урисана при подагре. Совр ревматол 2008;1:81–3.
 6. Мясоедова С.Е., Кожевникова Е.А. Новые возможности коррекции гиперурикемии при подагре. Совр ревматол 2009;4:37–9.