

Как оптимизировать лечение больных подагрой с хроническим артритом. В фокусе – Урисан

А.Е. Ильина, В.Г. Барскова

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Изложены особенности клиники и диагностики хронического подагрического артрита. Описаны сложности лечения хронической подагры, когда приходится сталкиваться с так называемым порочным кругом, чему способствует присутствующая у большинства пациентов сопутствующая патология. Предложен выход из этой сложной клинической ситуации с помощью растительного комплекса Урисан, обладающего антигиперурикемическими и противовоспалительными свойствами.

How to optimize treatment in patients with gout and chronic arthritis Urisan is in focus

A.E. Ilyina, V.G. Barskova

Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper outlines the specific features of the clinical picture and diagnosis of chronic gouty arthritis. It describes difficulties in treating chronic gout when one has to face the so-called vicious circle, to which is contributed by comorbidity that is present in most patients. A way out of this clinical difficulty is proposed to use the herbal complex Urisan that has antihyperuricemic and inflammatory properties.

Подагра – системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1, 2].

Особенности течения подагры таковы, что поначалу она протекает «доброкачественно», с редкими вспышками артрита, легко купирующимися противовоспалительными средствами. Однако неконтролируемая гиперурикемия, лежащая в основе болезни, приводит к постепенному прогрессированию заболевания, развитию хронического артрита, формированию тофусов, поражению почек. Этому способствуют поздняя обращаемость больных к врачу, так как в межприступный период пациент чувствует себя здоровым; низкая приверженность больных лечению аллопуринолом, особенно в межприступный период, когда отсутствуют проявления болезни и пациенты самостоятельно прекращают прием препарата. Кроме того, к сожалению, достаточно часто имеют место ошибки в диагностике подагры: диагноз ставится только через несколько лет после развития первого приступа артрита.

Хроническая подагра характеризуется тяжелым поражением суставов в виде олиго- или полиартрита, который может длиться годами при отсутствии адекватной терапии и сопровождаться развитием тофусов различных локализаций. Прежде всего, это легко распознаваемые подкожные тофусы – внутрикостные, определяемые при рентгенологическом исследовании суставов, а также внутривисцеральные, выявляемые при УЗИ.

У абсолютного большинства больных хронической подагрой независимо от возраста имеется сопутствующая патология, в частности, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, ИБС, хроническая почечная, хроническая сердечная недостаточность. Сопутствующие болезни, способствуя стойкой гиперурикемии, значительно ухудшают течение подагры и усложняют лечение.

В терапии хронического артрита используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а при

их неэффективности – глюкокортикоиды (ГК). Назначение ГК требует тщательного наблюдения за больным, прежде всего, за состоянием сердечно-сосудистой системы и должно сочетаться с антигиперурикемической терапией [3].

Лечение больного с хронической подагрой – непросто, так как непременно приходится сталкиваться с так называемым порочным кругом. Наличие хронического артрита заставляет, прежде всего, добиваться его купирования, но в условиях стойкой гиперурикемии достигнуть этого сложно. Назначение же аллопуринола в этот период может приводить к обострениям даже на фоне противовоспалительной терапии. Кроме того, длительные курсы противовоспалительной терапии как НПВП, так и ГК могут приводить к ухудшению течения сопутствующих заболеваний. Не говоря уже о том, что при длительном приеме противовоспалительных препаратов увеличивается количество нежелательных явлений. Каков же выход из этой сложной клинической ситуации?

Недавно в ГУ Институт ревматологии РАМН было проведено изучение эффективности и переносимости растительного комплекса Урисан, в состав которого входят экстракты корневищ имбиря лекарственного, имбиря ароматного, куркумы длинной, альпинии лекарственной, листьев ортосифона тычинкового, травы хвоща полевого [4]. Урисан способствует ошелачиванию мочи, увеличению почечной фильтрации, диуреза и выведения мочевой кислоты почками, имеет выраженные спазмолитические свойства. Экстракты имбиря, куркумы и альпинии обладают противовоспалительной активностью. По данным ряда исследований, имбирь оказывает противовоспалительное действие путем ингибирования ФНО α и ЦОГ 2 в исследованиях *in vitro* на культуре человеческих синовиоцитов [5–8]. Показана способность экстракта имбиря подавлять симптомы воспаления у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом [9, 10]. Описаны противовоспалительные эффекты куркумы длинной [11, 12]. Противовоспалительная активность изучена также у альпинии лекарственной и хвоща полевого [13, 14].

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

В исследовании участвовали 30 больных, находившихся в межприступном периоде заболевания, которые принимали Урисан в течение 1 мес. В результате уровень мочевой кислоты в сыворотке крови снизился в среднем на 15%, значительно возросла урикозурия. Больные охотно принимали средство, основанное на растительных компонентах. За время исследования побочных эффектов не зарегистрировано, отмечалась хорошая переносимость препарата [4].

Отмечено, что у пациентов на фоне приема Урисана в отличие от аллопуринола не возникало обострение артрита. Возможно, это связано с описанным выше противовоспалительным эффектом растительного комплекса. Именно благодаря противовоспалительной активности некоторые компоненты, входящие в состав Урисана, в частности имбирь, применялись в лечении больных ОА и РА [9, 10]. Сочетание уратснижающего и противовоспалительного эффектов Урисана представляется крайне важным, поскольку, вероятно, может позволить прервать так называемый порочный круг, с которым приходится сталкиваться при лечении хронического подагрического артрита и избежать обострения, характерного для начала терапии аллопуринолом. Кроме того, благодаря антигиперурикемическому действию Урисана начинается процесс снижения уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, столь необходимый для прерывания хронического артрита.

Особенно большое значение указанные свойства приобретают в тех клинических ситуациях, когда приходится

применять ГК из-за неэффективности НПВП или из-за наличия противопоказаний к их назначению. Нами было проведено рандомизированное слепое контролируемое исследование, в котором применялись короткие курсы ГК при хроническом подагрическом артрите [15, 16]. Купирование артрита достигнуто у половины больных, у остальных пациентов развился синдром рикошета (повторное обострение воспалительных явлений в суставах), который потребовал повторного введения ГК. В этих условиях начать терапию аллопуринолом крайне сложно. Поэтому мы используем следующий подход: сразу после введения ГК на несколько недель назначаем Урисан, оказывающий противовоспалительное и уратснижающее действие, а затем на фоне приема Урисана приступаем к титрованию дозы аллопуринола (с 50 мг через день в течение 10 дней, далее повышаем дозу на 50 мг каждую неделю) до достижения целевого уровня мочевой кислоты < 360 мкмоль/л.

Использование такой схемы, по нашему мнению, позволяет избежать обострения артрита и быстрее достигнуть нормоурикемии, а значит, и прервать порочный круг в лечении хронического подагрического артрита. Следует отметить, что доказательных исследований мы не проводили и данное сообщение может рассматриваться как экспертное мнение.

Таким образом, растительный комплекс Урисан, обладающий антигиперурикемическими и противовоспалительными свойствами, с успехом может быть использован в комплексной терапии больных подагрой.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ревматология: национальное руководство. М., 2008.
2. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранняя диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Науч-практич ревматол 2004;1:5–7.
3. Zhang W., Doherty M., Bardin T. et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 2006; 65:1312–24.
4. Ильина А.Е., Барскова В.Г. Применение урисана при подагре. Совр. ревматол 2008;1: 81–3.
5. White B. Ginger: An Overview. Am Fam Physician 2007; 75:1689–91.
6. Der Marderosian A., Beutler J.A. The Review of Natural Products. St. Louis, Mo.: Wolters Kluwer, 2006.
7. Frondoza C.G., Sohrabi A., Polotsky A. et al. An in vitro screening assay for inhibitors of proinflammatory mediators in herbal extracts using human synovioocyte cultures. In Vitro Cell Dev Biol Anim 2004; 40:95–101.
8. Hoffman T. Ginger: an ancient remedy and modern miracle drug. Hawaii Med J 2007;66(12):326–7.
9. Bliddal H., Rosetzky A., Schlichting P. et al. A randomized, placebo-controlled, crossover study of ginger extracts and ibuprofen in osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2000;8:9–12.
10. Srivastava K.C., Mustafa T. Ginger (Zingiber officinale) in rheumatism and musculoskeletal disorders. Med Hypotheses 1992;39:342–8.
11. Hatcher H., Planalp R., Cho J. et al. Curcumin: From ancient medicine to current clinical trials. Cell Mol Life Sci 2008;Mar 7(in print).
12. Biswas S.K., McClure D., Jimenez L.A., et al. Curcumin induces glutathione biosynthesis and inhibits NF-kappaB activation and interleukin-8 release in alveolar epithelial cells: mechanism of free radical scavenging activity. Antioxid Redox Signal 2005;7(1–2):32–41.
13. Yadav P.N., Liu Z., Rafi M.M. A diaryl-heptanoid from lesser galangal (*Alpinia officinarum*) inhibits proinflammatory mediators via inhibition of mitogen-activated protein kinase, p44/42, and transcription factor nuclear factor-kappa B. J Pharmacol Exp Ther 2003;305(3):925–31.
14. Do Monte F.H., dos Santos J.G. Jr., Russi M. et al. Antinociceptive and anti-inflammatory properties of the hydroalcoholic extract of stems from *Equisetum arvense* L. in mice. Pharmacol Res 2004;49(3):239–43.
15. Федорова А.А., Барскова В.Г., Якунина И.А. и др. Применение короткого курса глюкокортикоидной терапии у больных затяжным и хроническим подагрическим артритом. Часть I — предикторы различной эффективности глюкокортикоидов. Науч-практич ревматол 2008;3:62–7.
16. Федорова А.А., Барскова В.Г., Якунина И.А. и др. Кратковременное применение глюкокортикоидов у больных с затяжным и хроническим подагрическим артритом. Часть II — сравнение эффективности различных лекарственных форм. Науч-практич ревматол 2008;5:72–5.