

ловьев С.К. и др. Комбинированная интенсивная терапия ревматоидного артрита с системными проявлениями. Тер арх 1995;8:59–62.

10. Соловьев С.К. Интенсивная терапия ревматических заболеваний. От казуистики к повседневности. В кн.: Насонова В.А., Бунчук Н.В. (ред.) Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина, 2001;215–24.

11. Соловьев С.К. Интенсивная терапия ревматических заболеваний (лекция). РМЖ 2004;20:1164–7.

12. Соловьев С.К., Иванова М.М., Насонов Е.Л. Интенсивная терапия ревматических заболеваний. М.: МИК, 2001.

13. Насонов Е.Л., Соловьев С.К. Применение метотрексата в ревматологии. М., 2000.

14. Насонов Е.Л. Метотрексат. Перспективы применения в ревматологии. М., 2009.

15. Tsuda H., Yokoyama M., Hashimoto H. Plasmapheresis for patients with rheumatoid arthritis. Nippon Rinsho 1992; 50: 543–546.

16. Ueki Y., Yamasaki S., Kanamoto Y. et al. Evaluation of filtration leucocytapheresis for use in the treatment of patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology

2000;39(2):165–71.

17. van der Veen M.J., Bijlsma J.W. The effect of methylprednisolone pulse therapy on methotrexate treatment of rheumatoid arthritis Clin Rheumatol 1993;12(4):500–5.

18. Weusten B., Jacobs J., Bijlsma W. Corticosteroid pulse therapy in active rheumatoid arthritis. Semin Arthr Rheum 1993;10:152–6.

19. Andersen P.A., West S.G., O'Dell J.R. et al. Weekly pulse methotrexate in rheumatoid arthritis: clinical and immunological effects in a randomized double-blind study. Ann Intern Med 1985;103:489–96.

20. Michaels R.M., Nashel D.I., Leonard A. et al. Weekly intravenous methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1982;25:339–41.

21. Rau R., Herborn G. Intravenous treatment of highly active rheumatoid arthritis with methotrexate. J Rheumatol 1986;9:123–8.

22. Bauer H., Breitbart A., Brado B. et al. Intravenous intensification of MTX therapy in severe rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1993;36:232.

23. Асеева Е.А., Соловьев С.К., Чиклики А.С. Клинико-лабораторная ремиссия у больного ревматоидным артритом

после применения синхронной программной интенсивной терапии. Науч-практич ревматол 2001;2:69–73.

24. Асеева Е.А., Соловьев С.К., Чиклики А.С. Экстракорпоральная терапия ревматоидного артрита. Тер арх 2001;6:70–5.

25. Соловьев С.К., Асеева Е.А., Чиклики А.С. и др. Синхронная программная интенсивная терапия больных ревматоидным артритом. Науч-практич ревматол 2000;1:55–61.

26. Соловьев С.К., Асеева Е.А., Чиклики А.С. и др. Синхронная программная интенсивная терапия у больных с тяжелым течением ревматоидного артрита. Тер арх. 2002;5:52–7.

27. Соловьев С.К., Иванова М.М. Современные аспекты глюкокортикоидной терапии ревматических заболеваний.

Пульс-терапия. Тер арх 2009;6:73–8.

28. Pincus T., Strand V., Koch G. et al. An index of the three core data set patient questionnaire measures distinguishes efficacy of active treatment from that of placebo as effectively as the American College of Rheumatology 20% response criteria (ACR 20) or the disease activity score (DAS) in a rheumatoid arthritis clinical trial. Arthr Rheum 2003;48(3):625–30.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ ПОДАГРЕ

С.Е. Мясоедова, Е.А. Кожевникова

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В результате открытого исследования эффективности и переносимости растительного комплекса Урисан у 21 пациента с подагрой установлены умеренное антигиперурикемическое действие данного комплекса, отсутствие побочных эффектов при приеме в течение месяца, отличная и хорошая переносимость по оценке врача и больного.

Ключевые слова: подагра, мочевая кислота, гиперурикемия, Урисан.

Контакты: Светлана Евгеньевна Мясоедова msmee@mail.ru

NEW OPPORTUNITIES FOR CORRECTION OF HYPERURICEMIA IN GOUT

S.E. Myasoedova, E.A. Kozhevnikova

Ivanovo State Medical Academy, Russian Agency for Health Care

An open-labeled study of the efficiency and tolerability of the herbal preparation Urisan used for one month in 21 male gout patients has revealed that the agent has moderate antihyperurecemic activity, no adverse reactions, and excellent or good tolerability in the appraisal by physicians and patients.

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

Contact: Svetlana Evgenyevna Myasoedova msmee@mail.ru

Подагра – системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о росте заболеваемости первичной

подагрой в течение последних 20 лет [2]. По данным многоцентрового исследования, ее частота в Великобритании в 1991 г. увеличилась в 3 раза по сравнению с 1970 г. [3]. Имеются существенные географические и этнические различия в заболеваемости подагрой. При этом в настоящее время прослеживается рост распро-

странности данного заболевания в большинстве стран с развитой экономикой, что тесно связано с увеличением продолжительности жизни населения [4], числа больных с артериальной гипертензией (АГ), ожирением, а также принимающих диуретики [5]. Гиперурикемия и подагра тесно ассоциированы с метаболическим синдромом, заболеваемость которым в начале нынешнего столетия принимает характер пандемии, при этом ожидается ее дальнейший рост [6]. Метаболический синдром является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. У больных подагрой также отмечается высокий уровень коморбидных расстройств в виде сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, почечной патологии и др., что обосновывает необходимость ранней диагностики и лечения данного заболевания [7]. Главным предиктором развития подагры является гиперурикемия. При превышении определенного уровня мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (>400 ммоль/л) происходит насыщение тканей моноуратом натрия, создаются условия для его кристаллизации и, следовательно, развития подагры [8]. Европейская лига по борьбе с ревматизмом рекомендует считать гиперурикемией уровень МК >360 ммоль/л, что основано на результатах исследований, продемонстрировавших 4-кратное увеличение риска развития подагры у мужчин и 17-кратное – у женщин при превышении указанного уровня [1]. В организме поддерживается динамический баланс уратов, который определяется потреблением пуринов с пищей, эндогенным их синтезом и распадом, выведением через почки и кишечник. Факторы, способствующие повышению уровня МК, – диета, богатая пуринами; злоупотребление алкоголем, метаболические нарушения, связанные с инсулинорезистентностью; склонность к повышенному накоплению уратов в организме; истощение АТФ (под действием алкоголя, фруктозы, заболеваний); реабсорбция в канальцах почек. Снижают уровень МК: экскреция в тонком кишечнике, клубочковая фильтрация; антигиперурикемические препараты; диета, уменьшение массы тела, канальцевая секреция почек. Известно, что исключение пуринов из рациона здорового человека на 10 дней приводит к снижению уровня уратов в сыворотке крови в среднем на 25% и уменьшению их экскреции с мочой на 50%. Поскольку диеты с исключением или ограничением пуринов безвкусны и требуют включения потенциально атерогенных диетических компонентов для поддержания калорийности, они редко используются для коррекции гиперурикемии при подагре. В настоящее время рекомендуются малокалорийная, низкоуглеводная диета с включением полиненасыщенных жирных кислот, отказ от алкогольных напитков, особенно пива; лечение сопутствующих заболеваний (ожирения, сахарного диабета, АГ, гиперлипидемии) [1]. В России единственным антигиперурикемическим препаратом, применяемым в качестве патогенетического средства при подагре, отстается аллопуринол.

Аллопуринол показан в основном при частых приступах острого подагрического артрита, признаках хронического подагрического артрита, высоком уровне МК ($>0,78$ ммоль для мужчин) в сыворотке крови. Лечение данным препаратом связано с развитием побочных эффектов, иногда тяжелых, что требует строгого контроля за его применением. В связи с этим ряд пациентов с подагрой не могут принимать аллопуринол из-за противопоказаний и не получают адекватной терапии.

В связи с этим **целью** нашего исследования было изучение нового растительного комплекса Урисан, в состав которого входят экстракты корневищ имбиря лекарственного, имбиря ароматного, куркумы длинной, альпинии лекарственной, листьев ортосифона тычинкового, травы хвоща полевого [9]. Эти лекарственные растения могут способствовать урикозурическому эффекту за счет ощелачивания мочи, увеличения почечной фильтрации и выведения МК почками. Привлекают внимание противовоспалительные, спазмолитические, антиоксидантные, гиполипидемические и гипогликемические свойства растительных компонентов, которые включены в состав Урисана. Исследование его эффективности при подагре начато в НИИ ревматологии РАМН, показаны умеренное антигиперурикемическое действие и хорошая переносимость препарата [9, 10].

Материал и методы. Безопасность, переносимость и эффективность растительного комплекса Урисан оценена у 21 пациента, обратившегося в городской ревматологический центр клинической больницы №4 г. Иваново с февраля по октябрь 2009 г. Пациентов включали в исследование в соответствии с критериями многоцентрового исследования, проводимого НИИ ревматологии РАМН. Диагноз подагры в межприступном периоде устанавливался по критериям K.L. Wallace и соавт. [11]. Все пациенты – мужчины в возрасте от 34 до 78 лет (средний возраст $51,2 \pm 13,7$ года). У большинства из них имелось хроническое рецидивирующее течение подагры с вовлечением от 1 до 7 суставов. Продолжительность болезни составляла 5,5–78 мес (в среднем 24 мес). Тофусы (подкожный и внутрикостный) выявлены у 2 больных. Ранее пациенты антигиперурикемическими средствами не лечились. Только у 1 пациента исходно был нормальный индекс массы тела (ИМТ), у остальных 10 – избыточная масса тела или ожирение I (у 7), II (у 2) и III степени (у 1); средний ИМТ составил $29,7 \pm 4,4$ кг/м². У большинства больных имелось абдоминальное ожирение: окружность талии (ОТ) – $106,7 \pm 11,2$ см, соотношение ОТ/окружность бедер (ОБ) – $0,96 \pm 0,06$. У всех пациентов регистрировалась АГ I–III степени, средние уровни систолического АД составили $149,5 \pm 18,8$ мм рт. ст., диастолического АД – $98,6 \pm 12,0$ мм рт. ст. Нарушения углеводного обмена в виде гипергликемии натощак ($\geq 6,1$ ммоль/л) выявлены у 10 из 21 пациента, кроме того, у 1 из них был сахарный диабет 2-го типа в стадии компенсации. У всех обследованных наблюдались нарушения

липидного обмена в виде увеличения уровня холестерина в сыворотке крови $>5,0$ ммоль/л и/или триглицеридов $>1,7$ ммоль/л. Таким образом, у всех пациентов диагностирован метаболический синдром [12]. Уровень МК в сыворотке крови в начале исследования был повышен от $0,420$ до $0,720$ ммоль/л, в среднем $-0,522 \pm 0,087$ ммоль/л и тесно коррелировал с отношением ОТ/ОБ ($r=0,44$, $p=0,03$). В общем клиническом анализе крови изменений не выявлено. Уровень креатинина у 12 пациентов был нормальным, а у 9 — повышенным (до $115-171$ мкмоль/л). Средний уровень креатинина составил $121 \pm 42,7$ мкмоль/л, мочевины — $7,55 \pm 2,90$ ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта—Гаулта — $100,0 \pm 43,8$ мл/мин. Для коррекции гиперурикемии всем больным назначали Урисан по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 1 мес. Пациенты принимали ранее назначенные антигипертензивные и другие препараты, при необходимости у отдельных больных проводили коррекцию дозы. Пациенты обследованы в динамике: при первом визите — до назначения Урисана и через 1 мес при втором визите — после окончания приема препарата. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6.0, результаты представлены в виде средних величин и стандартного отклонения $M \pm \sigma$.

Результаты исследования. За время лечения Урисаном побочных эффектов не зарегистрировано. Отмечалось достоверное снижение концентрации МК в сыворотке крови с $0,522 \pm 0,087$ до $0,467 \pm 0,086$ ммоль/л ($p < 0,05$). На фоне лечения у 3 (14%) пациентов было обострение подагрического артрита, которое купировалось в течение 2—3 дней приемом нимесулида в дозе 100 мг 2 раза в день, в дальнейшем эти пациенты продолжали прием Урисана с положительным эффектом.

Отмечена тенденция к снижению массы тела с $90,2 \pm 17,6$ до $88,8 \pm 16,9$ кг ($p > 0,05$), ОТ с $106,7 \pm 11,2$ до

Переносимость Урисана по оценке больного и врача

Переносимость	Оценка больного, абс. (%)	Оценка врача, абс. (%)
Отличная	13 (61,9)	13 (61,9)
Хорошая	8 (38,1)	8 (38,1)
Удовлетворительная	0	0
Плохая	0	0

$105,1 \pm 10,3$ см ($p > 0,05$), систолического АД с $149,5 \pm 18,8$ до $132 \pm 12,3$ мм рт. ст. ($p < 0,005$) и диастолического АД с $98,6 \pm 12,6$ до $89,4 \pm 10,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). При этом систолическое АД нормализовалось у половины пациентов.

Все пациенты отмечали отличную (61,9%) или хорошую (38,1%) переносимость Урисана (см. таблицу). Оценка врача совпадала с оценкой больного.

Отрицательной динамики лабораторных показателей по сравнению с исходными данными не выявлено.

Полученные результаты в целом согласуются с данными ранее опубликованных работ, касавшихся оценки эффективности Урисана [9, 10, 13]. Несколько меньшая степень снижения уровня МК в нашей работе по сравнению с ранее проведенными может объясняться наличием среди наблюдаемых нами больных лиц пожилого и старческого возраста, которых не включали в предыдущие исследования.

Выводы:

1. Растительный комплекс Урисан безопасен, хорошо переносится, в том числе лицами пожилого и старческого возраста, и оказывает умеренное антигиперурикемическое действие.

2. Урисан может быть рекомендован больным подагрой, в том числе с хроническим рецидивирующим течением, в межприступный период при умеренном повышении уровня МК в качестве первой ступени терапии или при непереносимости аллопуринола.

3. Применение Урисана не вызывает отрицательного взаимодействия с другими лекарственными средствами и, возможно, потенцирует эффекты антигипертензивных препаратов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Барскова В.Г., Кудяева Ф.М. Кристаллические артропатии. В кн.: Ревматология: национальное руководство. Под ред. Е.Л. Насонова, В.А.Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; с. 372—85.
2. Arromdee E., Michet C.J., Crowson C.S. et al. Epidemiology of gout: is the incidence rising? J Rheumatology 2002; 29:2403—6.
3. Harris C.M., Lloyd D.C., Lewis J. The prevalence and prophylaxis of gout in England. J Clin Epidemiol 1995; 48:1153—8.
4. Kim K.Y., Schumacher H.R., Hunsche E. et al. A literature review of epidemiology and treatment of acute gout. Clin Therap 2003; 25:1593—613.
5. Lin K.C., Lin H.Y., Chou P. The intergration between uric acid level and other risk factors on the development of gout among asymptomatic

- hyperuricemic men in a prospective study. J Rheumatology 2000; 27:1501—5.
6. Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. Diabetic medicine 2003; 20(9):693—702.
7. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Науч-практич ревматол 2004; 1:5—7.
8. McLean L., Becker M.A. The pathogenesis of gout/Rheumatology Fourth Edition. Edited by M.C.Hochberg, A.J. Silman, J.S.Smolen et al. Philadelphia, 2008; 1813—27.
9. Ильина А.Е., Барскова В.Г. Применение урисана при подагре. Совр ревматол 2008; 1:81—3.

10. Ильина А.Е., Барскова В.Г. Как оптимизировать лечение больных подагрой с хроническим артритом. В фокусе — Урисан. Совр ревматол 2009; 1:49—50.
11. Wallace K.L., Riedel A.A., Joseph-Ridge N. et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adult in a managed care population. J Rheumatol 2004; 31:1582—7.
12. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Москва, 2007. Кардиоваск тер и проф 2007; 6 (прил. 2):1—26.
13. Польская И.И., Марусенко И.М. Растительный комплекс Урисан — в помощь врачу, лечащему больного с подагрой. Совр ревматол 2009; 3:66—7.