

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ
ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ**

Капустянская Анна Анатольевна

*канд. мед. наук, доцент кафедры экспериментальной и клинической
фармакологии с клинической иммунологией и аллергологией ВГУЗ Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

E-mail: nusaykap@gmail.com

**ANALYSIS OF EFFICIENCY OF BASIC THERAPY GOUTY ARTHRITIS IN
PATIENTS WITH HYPERTENSION BY OBESITY**

Kapustyanskaya Anna

*Ph.D., associate professor of the Department of Experimental and Clinical
Pharmacology with Clinical Immunology and Allergology
State Higher Educational Institution of Ukraine
"Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava*

АННОТАЦИЯ

Нами использована программа комплексного лечения пациентов с ожирением с учетом параметров урикемии, ИМТ, уровня артериального давления и типа гиперлипидемии, что позволяет значительно улучшить результаты лечения. Сопоставление результатов динамического наблюдения и лечения между двумя группами свидетельствует о явном преимуществе комплексного лечения у больных первой группы.

ABSTRACT

We used a program of comprehensive treatment of obese patients with the parameters uricemia, body mass index, blood pressure and type of hyperlipidemia can significantly improve patient outcomes. Comparison of the results of monitoring and treatment between the two groups represents a clear advantage in the complex treatment of patients with the first group.

Ключевые слова: подагрический артрит; артериальная гипертензия; ожирение; базисная терапия.

Key words: gouty arthritis; hypertension; obesity; basic therapy.

Заболеваемость подагрическим артритом постоянно увеличивается [1, 3, 4].

Наиболее частыми коморбидными состояниями при подагрическом артрите являются ожирение и артериальная гипертензия (АГ) [1, 2, 3, 6, 7].

Лечение больных подагрическим артритом невозможно без использования уриконормализующих препаратов, а также без постоянного интермиттирующего контроля за уровнем урикемии [1, 2, 3]. Среди средств с урикодепрессивным действием наиболее важен аллопуринол, который является структурным аналогом гипоксантина и препятствует образованию мочевой кислоты [2, 5].

НПВС (нестероидные противовоспалительные средства) широко используются при подагрическом артрите, как для снятия острого приступа, так и для уменьшения продолжительности воспалительного процесса [1, 2, 3, 5, 7].

В лечении сочетанных заболеваний подагрического артрита и АГ у больных с ожирением остаются нерешенные вопросы, требующие дальнейшего изучения и обоснования.

Цель исследования: провести анализ эффективности базисной терапии подагрического артрита у больных с АГ на фоне ожирения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 107 мужчин. Первую группу составили 55 больных подагрическим артритом с АГ и вторую группу — 52 больных подагрическим артритом с АГ на фоне ожирения.

Диагноз подагрического артрита установлен согласно критериев, рекомендованных ВОЗ (2000 г.) и классификационных критериев, рекомендованных Ассоциацией ревматологов Украины (2004 г.). Ожирение определяли согласно рекомендаций ВОЗ (1997 г.).

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $48,8 \pm 0,75$ года, от 32 до 73 лет. Длительность заболевания колебалась от 1-го до 10 лет (в среднем $6,0 \pm 0,66$ года).

98,13 % больных в комплексном лечении получили НПВС — лорноксикам,

91,58 % — аллопуринол, 81,3 % — вальсартан, 88,78 % — гиполипидемические препараты.

Среди НПВС целесообразно применять селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 - лорноксикам по 16 мг/сут. Аллопуринол назначали по 100—300 мг/сут. в зависимости от уровня мочевой кислоты сыворотки крови. Из гиполипидемических средств использовали симвастатин по 10—20 мг/сут.

Применение блокаторов рецепторов ангиотензина II (лозартан, вальсартан, ирбесартан, телмисартан) использовали для улучшения внутрисочечной гемодинамики и достижения урикозурического (но не гипоурикемического) эффекта — усиления реабсорбции мочевой кислоты. Возможна комбинация блокаторов рецепторов ангиотензина II с ингибиторами АПФ.

Основная и группа сравнения больных не различались между собой по частоте назначения тех или иных групп препаратов.

Для оценки динамики эффективности проведенного лечения исследуемые показатели анализировали через 1 неделю, 4 и 12 недель. Под «значительным улучшением» понимали исчезновение боли (артралгии) и явлений артрита (деформации, припухлости, покраснения кожи над пораженными суставами), восстановление движений в пораженных суставах, восстановление степени нарушений функциональной способности пораженных суставов, уменьшение окружности талии, окружности бедер, снижение индекса массы тела (ИМТ), нормализацию артериального давления, гиперурикемии, маркеров воспалительного процесса. Обязательным условием улучшения считали положительную динамику лабораторно-инструментального обследования.

Все больные получали исключительно базисную фармакотерапию, которая учитывала уровень индекса массы тела, параметры артериального давления с учетом показателей урикемии, типа гиперлипидемии.

При анализе интенсивности боли и активности артрита по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) отмечено положительное влияние на болевой синдром у пациентов первой группы через 1 неделю лечения. Наблюдали улучшение клинического состояния больных, что подтверждалось

уменьшением длительности обострения хронического подагрического артрита (на 28,57 % в первой группе, против 14,28 % во второй группе). Достоверно снизилась суточная доза аллопуринола в первой группе (с $253,4 \pm 1,71$ мг до $203,85 \pm 1,76$ мг, $p < 0,05$), против (с $251,7 \pm 2,34$ мг до $227,2 \pm 1,97$ мг, $p < 0,05$) во второй группе. Снизилась кратность, суточная доза (с $16,08 \pm 1,68$ мг до $12,13 \pm 1,54$ мг, $p < 0,05$) и длительность приема лорноксикама в первой группе, против ($16,03 \pm 2,11$ мг до $15,91 \pm 1,97$ мг, $p < 0,05$) во второй группе. На фоне проводимой терапии достоверно уменьшились показатели артериального давления в первой группе — САД (с $162,5 \pm 2,56$ мм. рт. ст. до $143,5 \pm 2,13$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД (с $109,7 \pm 2,89$ мм. рт. ст. до $91,13 \pm 2,21$ мм. рт. ст., $p < 0,05$), против САД (с $159,3 \pm 3,46$ мм. рт. ст. до $148,51 \pm 2,32$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД (с $112,1 \pm 1,78$ мм. рт. ст. до $100,21 \pm 2,73$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) во второй группе. При исследовании пуринового обмена достигли постепенного снижения уровня мочевой кислоты уже после 1 недели лечения в первой группе (с $768,1 \pm 6,41$ мкмоль/л до $479,1 \pm 5,71$ мкмоль/л, $p < 0,05$), по сравнению с показателями второй группы (с $770,1 \pm 6,91$ мкмоль/л до $698,2 \pm 5,92$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

При анализе интенсивности боли и активности артрита по ВАШ у пациентов первой группы установлено положительное влияние терапии: через 4 недели лечения интенсивность боли по сравнению с исходным уровнем, снижалась в 3,6 раза против 2,3 раза во второй группе. У больных первой группы через 4 недели достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась продолжительность обострений хронического подагрического артрита на 45,71 %, против 27,14 % во второй группе, соответственно снизилась доза принятого лорноксикама (с $16,08 \pm 1,68$ мг до $8,12 \pm 2,05$ мг, $p < 0,05$) по сравнению с показателем второй группы (с $16,03 \pm 2,11$ мг до $12,05 \pm 1,57$ мг, $p < 0,05$). У больных первой группы уменьшилась доза аллопуринола (с $243,4 \pm 1,71$ мг до $102,55 \pm 1,76$ мг, $p < 0,05$) по сравнению с данными (с $251,7 \pm 2,34$ мг до $152,8 \pm 2,61$ мг, $p < 0,05$) второй группы. Необходимо отметить, что у больных первой группы наблюдалась нормализация показателей артериального давления. Достоверно уменьшились

САД ($162,5 \pm 2,56$ мм. рт. ст. до $135,8 \pm 3,17$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД ($109,7 \pm 2,89$ мм. рт. ст. до $86,7 \pm 2,45$ мм. рт. ст., $p < 0,05$), по сравнению с соответствующими показателями САД ($159,3 \pm 3,46$ мм. рт. ст. до $142,7 \pm 2,53$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД ($112,1 \pm 1,78$ мм. рт. ст. до $97,1 \pm 2,15$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) у больных второй группы. Улучшение пуринового обмена произошло за счет снижения уровня мочевой кислоты в первой группе ($768,1 \pm 6,41$ мкмоль/л до $378,1 \pm 8,21$ мкмоль/л, $p < 0,05$), по сравнению с показателями второй группы ($770,1 \pm 6,91$ мкмоль/л до $509,3 \pm 6,72$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

В первой группе стабилизация острофазовых показателей происходила на 1—4-й недели лечения (СОЭ — с $35,5 \pm 1,2$ мм\ч до $22,96 \pm 1,9$ мм\ч, $p < 0,05$; СРБ — с $13,0 \pm 1,2$ мг\л до $6,6 \pm 1,3$ мг\л, $p < 0,05$) одновременно с нормализацией уровня урикемии ($768,1 \pm 6,41$ мкмоль/л до $378,1 \pm 8,21$ мкмоль/л, $p < 0,05$), а во второй группе — несколько постепенно — после 4-х недель лечения (СОЭ — с $38,0 \pm 1,3$ мм\ч до $25,12 \pm 1,5$ мм\ч, $p < 0,05$; СРБ — с $12,9 \pm 1,1$ мг\л до $8,13 \pm 1,1$ мг\л, $p < 0,05$).

Происходила стабилизация воспалительного процесса в суставах, что подтверждается уменьшением выраженности боли по ВАШ почти на 89,69 % в первой группе, против 64,58 % — во второй группе. Продолжительность — обострений хронического подагрического артрита у больных с АГ достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась на 72,85 % против 41,14 % — у больных с АГ на фоне ожирения. Соответственно уменьшилась доза принятого лорноксикама ($16,08 \pm 1,68$ мг до $4,02 \pm 1,01$ мг, $p < 0,05$), по сравнению с соответствующими показателями второй группы ($16,03 \pm 2,11$ мг до $8,81 \pm 1,89$ мг, $p < 0,05$). Обнаружено достоверное уменьшение суточной дозы принятого аллопуринола ($253,4 \pm 1,71$ мг до $50,55 \pm 1,75$ мг, $p < 0,05$), по сравнению с показателем ($251,7 \pm 2,34$ мг до $107,2 \pm 2,12$ мг, $p < 0,05$) второй группы. Также наблюдалась дальнейшая нормализация артериального давления. У больных первой группы САД уменьшилось ($162,5 \pm 2,56$ мм. рт. ст. до $125,8 \pm 3,07$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД ($109,7 \pm 2,89$ мм. рт. ст. до $81,7 \pm 2,35$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) по сравнению

с соответствующими показателями САД ($159,3 \pm 3,46$ мм. рт. ст. до $138,5 \pm 3,32$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД ($112,1 \pm 1,78$ мм. рт. ст. до $94,2 \pm 2,73$ мм. рт. ст., $p < 0,005$) второй группы больных. Наблюдалось улучшение пуринового обмена за счет снижения уровня мочевой кислоты в первой группе ($768,1 \pm 6,41$ мкмоль/л до $358,1 \pm 7,23$ мкмоль/л, $p < 0,05$), по сравнению с показателями второй группы ($770,1 \pm 6,91$ мкмоль/л до $419,3 \pm 6,71$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

Использование базисных лечебных мероприятий оправдано при подагрическом артрите у пациентов с АГ на фоне ожирения. Однако встречается отсутствие ответа на применение базисных лечебных мероприятий.

На лечение влияют течение подагрического артрита, тяжесть артрита, начальные уровни мочевины ($p < 0,05$) и мочевой кислоты, что имеет важное позитивное значение в программе лечения больных с ожирением.

В случаях лечения подагрического артрита у больных с ожирением определяется существенное влияние его тяжести на эффективность терапевтических мероприятий. На результаты лечения негативно влияют высокие уровни артериального давления. Это является еще одним критерием необходимости индивидуального лечения пациентов, страдающих подагрическим артритом с АГ на фоне ожирения.

Выводы. Наличие ожирения у больных подагрическим артритом с АГ существенно ухудшает эффективность терапевтических мероприятий ($p < 0,001$), которая, кроме тяжести ожирения, зависит от течения заболевания, использования гипоурикемических препаратов, начального состояния пуринового обмена, избыточной массы тела. Нами использована программа комплексного лечения пациентов с ожирением с учетом параметров урикемии, ИМТ, уровня артериального давления и типа гиперлипидемии, позволяющая значительно улучшить результаты лечения. Сопоставление результатов динамического наблюдения и лечения между двумя группами свидетельствует о явном преимуществе комплексного лечения у больных первой группы. Продолжительность обострений ПА у больных первой группы достоверно

($p < 0,05$) уменьшилась на 72,85 %, достигли значительного улучшения функциональной активности суставов, что выражалось в уменьшении выраженности боли по ВАШ на 89,69 %, в 4 раза уменьшилась суточная доза принятого лорноксикама ($p < 0,05$), в 5 раз уменьшилась суточная доза принятого аллопуринола ($p < 0,05$). Наблюдалась нормализация артериального давления, САД уменьшилось на 22,58 % ($p < 0,05$) и ДАД на 25,52 % ($p < 0,05$).

Список литературы:

1. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита / В.Г. Барскова // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19. — № 10. — С. 614—617.
2. Борткевич О.П. Подагра: сучасний стан проблеми, підходи до діагностики та шляхи корекції/ О.П. Борткевич, Ю.В. Білявська / Здоров'я України. — 2011. — № 2. — С. 69—71.
3. Казимирко В.К. Ревматология / В.К. Казимирко, В.М. Коваленко — Донецк: Заславский А.Ю., 2009. — 443 с.
4. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова // Терапевтический архив. — 2010. — № 5. — С. 5—8.
5. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. — Вінниця: Нова книга, 2010. — Т. 3. — 1004 с.
6. Синяченко О.В. Діагностика, перебіг та лікування метаболічного синдрому у хворих на подагру / О.В. Синяченко, Г.А. Ігнатенко, В.М. Петрова // Укр. Ревматолог. Журнал. — 2007. — № 2(28).
7. Яцишин Р.І. Особливості клініко-біохімічних порушень у хворих на подагричний артрит на фоні метаболічного синдрому та методи їх корекції / Р.І. Яцишин, В.В. Мигович // Український ревматологічний журнал. — 2010. — Т. 42, № 4. — С. 50—54.