

ПОВІДОМЛЕННЯ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.72-002.72-036.11-08

С. І. Герасименко, М. В. Полулях, М. С. Дуда, Т. Є. Пшеничний

Інститут травматології та ортопедії НАМН України, Київ, Україна

СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

Удосконалення методів діагностики й лікування хронічної подагри та гострого подагричного артрититу залишається актуальною задачею. Нами було обстежено 52 хворих на подагру. Залежно від способу лікування хворі були поділені на дві групи: 1 група% хворі, які отримували традиційну терапію (25 хворих); 2 група% хворі які отримували комплексну терапію (27 хворих). Застосування комплексного лікування сприяє зменшенню строків та вираженості запалення, проявляється патогенетичною дією, що особливо важливо у хворих на хронічну подагру у яких від коливань рівня сечової кислоти залежить частота та важкість протікання загострень.

Ключові слова: подагричний артрит, сечова кислота, синовіт.

Проблема вивчення метаболічних порушень та зумовлені ними особливості структурно-функціональних змін у капсуло-зв'язковому апараті, хрящовій та кістковій тканині викликає значний клінічний та теоретичний інтерес і впродовж останніх років привертає увагу науковців та лікарів.

Патологія суглобового апарату широко розповсюджена в популяції та належить до числа одного з найбільш частих захворювань. Дані захворювання є причиною непрацездатності, часто мають хронічний перебіг, значно обмежують фізичну активність пацієнтів, погіршуючи якість життя [2, 7]. Згідно даних ВООЗ 30% тимчасової непрацездатності та 10% інвалідизації пов'язано із ревматичними захворюваннями, більше 4% населення страждає на захворювання суглобів та хребта [6, 10].

Захворювання суглобів – соціально-економічна проблема, яка визначається не лише широкою розповсюдженістю, але й ураженням переважно осіб працездатного віку. Значна частка серед них належить так званим сольовим артропатіям, серед яких найчастіше зустрічається подагра.

За останні роки у вивченні подагри досягнуті значні успіхи, які перш за все пов'язані із більш глибоким вивченням механізмів її розвитку, імунологічних особливостей, розробкою стандартних критеріїв діагностики, оцінкою активності запального процесу, нових підходів до фармакологічної терапії.

Подагра – хронічне, гетерогенне за поход-

женням, метаболічне захворювання пов'язане з порушенням пуринового обміну та зменшенням екскреції сечової кислоти нирками, з розвитком гіперурикемії та відкладанням сечової кислоти і кристалів її солей у тканинах різних органів, перебіг якого проходить з повторними приступами гострого артрититу, кристаліндукованими синовітами, розвитком вторинного остеоартрозу [2, 4]. В типових випадках уражується I плюсне-фаланговий суглоб з розвитком гострого моноартрититу. В інших – захворювання дебютує з ураження інших суглобів стопи, гомілково-ступневого, колінного та суглобів кистей. Однією з негативних рис даного захворювання є схильність до хронізації та прогресування, особливо в умовах пізньої діагностики та неадекватної терапії. Постійний біль, наростаюче обмеження рухливості, поступова втрата працездатності різко знижує якість життя таких хворих. На теперішній час подагра відома клініцистам не лише як рецидивуючий моноартрит, але й як системне захворювання із важкими вісцеральними проявами.

Актуальність роботи обумовлена епідеміологічними даними, що свідчать про достовірне збільшення захворюваності на подагру [2, 5, 6, 8]. За даними літератури в світі на подагру хворіють 0,3 – 4,2% населення. В Україні поширеність сольових артропатій залишається на високому рівні протягом останніх років. На подагру в Україні хворіє до 2% дорослого населення [1, 5], переважно чоловіки після 30 років. Жінки хворіють значно рідше – 5 – 8% від всіх випадків подагри [2, 3, 6, 9]. При цьому діагноз подагри встановлюється в середньому на 5-7 році захворювання [4].

Удосконалення методів діагностики й лікування даного захворювання залишається актуальною задачею [1, 5, 7]. Багаточисленність етіологічних факторів та неоднорідність ураження суглобових, периартикулярних структур при подагрі диктують необхідність тривалого та комплексного лікування з впливом на різні патогенетичні механізми. В зв'язку з цим виникла необхідність покращити результати лікування хворих на подагру.

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих на гострий подагричний артрит.

Матеріали та методи

На базі клініки захворювань суглобів у дорослих ДУ ІТО НАМНУ нами було обстежено 52 хворих на подагру. Всі хворі були чоловічої статі, віком від 28 до 72 років, середній вік хворих складав $52,7 \pm 5,6$ роки. Всі хворі були з первинною подагрою, гострою стадією подагричного артрити, середньоважким варіантом перебігу, вираженим больовим синдромом та характерними місцевими проявами запалення. Детальний розподіл хворих в залежності від ураження суглобів представлено у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за локалізацією ураження суглобів при подагричному артриті

Локалізація	кількість хворих	відсоток
1-ий плесне фаланговий	29	55,7
Гомілково-ступневий	10	19,2
Колінний	6	11,5
Дрібні суглоби пальців кистей	7	13,4
Всього	52	100

За локалізацією серед обстежених домінувало ураження I плесне фалангового суглоба стопи – 55,7%.

Гострому подагричному артрити у 78% випадків передували порушення дієти та зловживання алкоголем, травма, або навпаки, знерухомлення (наприклад, тривале знаходження за кермом) – 12,9%; У деяких пацієнтів встановити причину чи провокуючий фактор не вдалось. Усім хворим діагноз подагри було встановлено згідно критеріям Валласа, 1977 р. Термін спостереження та лікування складав 1 міс.

Нами проведено аналіз клінічних проявів суглобового синдрому: гострий напад болю в спокої, частіше вночі або під ранок, пекучого, пульсуючого характеру. Шкірні покриви мали багрово-синюшний відтінок; артрит супроводжувався порушенням функції суглоба, нерідко субфебрильною температурою тіла.

Залежно від способу лікування хворі були поділені на дві групи:

1 група – хворі, які отримували традиційну терапію (25 хворих), що включала в себе: Дієта №6, нестероїдні протизапальні засоби (Диклофенак натрію 150 мг на добу), місцево гелі та компреси з мазями на суглоб, фізіотерапевтичні процедури;

2 група – хворі, які отримували комплексну терапію: дієта № 6, з виключенням їжі багаті на пурини, алкоголь, спеції, бобові, кава, чай, підвищений питний режим (2-3л лужної води), іммобілізація ураженого суглоба у функціонально ви-

гідному положенні на 3-5 днів, місцево – проти-запальні гелі, що містили кетопрофен та натрієву сіль гепарину (1000 МО Ір. на добу вранці на 5-10 днів, на ніч компреси з гідрокортизонової, гепаринової та індовазиновою мазями + 30% розчин димексиду на 5-10 днів, німесулід 2 г 2 рази на добу після їжі, препарат Траумель С 2,2 який вводився периартикулярно 1 раз на 3дні в невеликі суглоби та внутрішньосуглобово у великі суглоби з попередньою евакуацією синовіальної рідини, препарат **Реструкта Про Ін'єкціоне С 2,0** внутрішньом'язово 2 рази на тиждень; інфузійна терапія за методикою клініки запропонованою проф. Є.Т. Складенком. Для в/в терапії застосовували реополіглюкін, гепарин, контрикал, вітамін С, наприкінці процедури вводили 10 мл 10% розчину кальцію хлориду. На курс лікування призначалось від 3 до 5 крапельниць з інтервалом у 3 дні.

Хворим проводили загальне обстеження, локальний огляд, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, біохімічний аналіз крові – визначення концентрації сечової кислоти, та С-реактивного білку в сироватці крові), сонографічне дослідження. Оцінку больового синдрому проводили за допомогою візуально-аналогової шкали ВАШ. Суглобовий індекс визначався за ступенем вираження больових відчуттів при пальпації суглобів: 0 балів – суглоб нечутливий, 1 бал – незначний біль, 2 бали – помірні больові відчуття, 3 бали – сильний біль. Запальний індекс визначали згідно проявів ексудативно-запальних змін суглоба: 0 балів – ексудат відсутній, 1 бал – незначний ексудат, 2 бали – помірний ексудат, 3 бали – значно виражена ексудація. Оцінку стану хворого проводив самостійно пацієнт та лікар за допомогою 5-ти бальної шкали Лікерта (1- дуже погано, 2- погано, 3- задовільно, 4- добре, 5- дуже добре). Період спостереження хворих складав 10 та 30 днів.

Результати та їх обговорення

На період включення в дослідження всі хворі були співставимими за клінічною формою, варіантом та фазою захворювання. При первинному огляді у всіх хворих були скарги на виражений больовий синдром в ділянці запаленого суглоба, за шкалою ВАШ від 70 до 90 мм, в середньому $74 \pm 6,3$ мм (перша група), та $76 \pm 5,7$ мм (друга група). При огляді: гіперемія суглоба яскраво-червоного кольору з фіолетовим відтінком, суглоб збільшений у розмірах, різко болючий при дотику. В загальному аналізі крові: підвищення ШОЕ від 16 до 47 мм в середньому $36,3 \pm 3,3$ мм (перша група), та $34,7 \pm 3,1$ мм (друга група) незначний

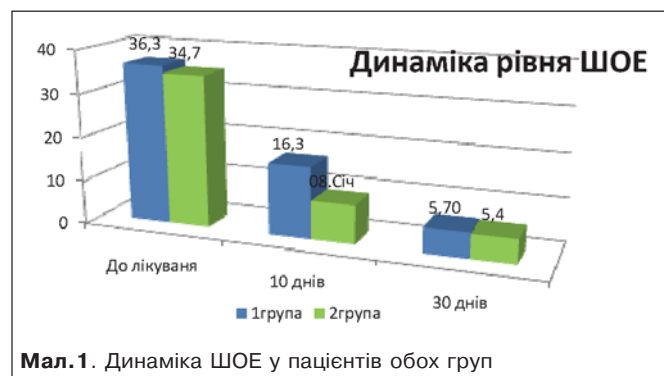
лейкоцитоз, в середньому $12,1 \pm 1,5 \cdot 10^9$ /л (перша група), та $11,7 \pm 1,1 \cdot 10^9$ /л (друга група). В біохімічному аналізі крові: підвищення рівня С-реактивного білка від 15 до 30 мг/л, в середньому $22,5 \pm 3,7$ мг/л (перша група), $20,9 \pm 3,3$ мг/л (друга група); збільшення рівня сечової кислоти від 540 до 780 мкмоль/л, в середньому $616,7 \pm 6,2$ мкмоль/л (перша група), та $612,9 \pm 6,8$ мкмоль/л (друга група). При сонографічному дослідженні було виявлено: виражений набряк навколосуглобових тканин з гіперемією, наявність вільної рідини в суглобі. За шкалою Лайкерта в середньому хворі з лікарем оцінювали свій стан на 1-2 бали.

На 10 день лікування було отримано наступні результати:

В усіх групах спостерігалось покращення загального стану хворих, але зберігався больовий синдром, що носив менш виражений характер. При огляді спостерігались явища артриту: шкірні покриви над суглобом мали рожевий колір, набряк зменшився, але зберігався, помірна болочість при пальпації.

У більшості хворих 1 групи больовий синдром був незначним, за шкалою ВАШ від 20 до 40 мм, в середньому $28 \pm 3,1$ мм, при огляді явища артриту були менш виражені. Лейкоцитоз зменшувався та складав в середньому $9,2 \pm 1,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ в середньому $16,3 \pm 1,4$ мм, вміст С-реактивного білку у сироватці крові в середньому $15,3 \pm 1,5$ мг/л. Рівень сечової кислоти зберігався на тому ж рівні, в середньому $616,7 \pm 6,2$ мкмоль/л. Сонографічно спостеріголось зменшення набряку навколо суглобових тканин, синовіт зменшився. За шкалою Лайкерта самостійно хворі з лікарем оцінювали свій стан в середньому на 2-3 бали.

Серед пацієнтів 2 групи больовий синдром був відсутній, за шкалою ВАШ від 10 до 20 мм, в середньому $14 \pm 1,2$ мм. При огляді явищ артриту не спостерігалось. Лабораторно: лейкоцитоз зменшився та складав в середньому $6,7 \pm 1,7 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ в середньому $8,7 \pm 1,1$ мм, вміст С-реактивного білку у сироватці крові в середньому $12,3 \pm 1,4$ мг/л. Рівень сечової кислоти знизився та в середньому складав $512,7 \pm 5,1$ мкмоль/л. Со-



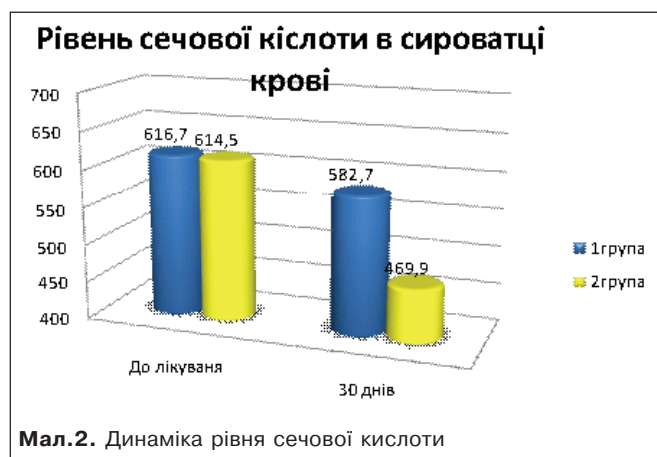
Мал.1. Динаміка ШОЕ у пацієнтів обох груп

нографічно спостерігалось зменшення набряку навколосуглобових тканин, синовіту не виявлено. За шкалою Лайкерта в середньому хворі з лікарем оцінювали свій стан на 3-4 бали.

На 30 день лікування було отримано наступні результати:

В обох групах пацієнтів больовий синдром був відсутній, при огляді явища артриту не спостерігались, відбулася нормалізація показників лабораторних показників (ШОЕ, відсутність лейкоцитозу) (Мал.2).

Рівень С-реактивного білку у сироватці крові був близьким до норми і в середньому складав $6,2 \pm 1,3$ мг/л для першої та відповідно $5,9 \pm 1,5$ мг/л для другої групи. Однак, відрізнялись показники рівня сечової кислоти, в першій групі хворих відмічалось стійке збереження підвищеного рівня сечової кислоти з незначними коливаннями до зменшення, в середньому $582,7 \pm 6,3$ мкмоль/л, а в другій групі хворих – рівень сечової кислоти в крові повернувся до гранично допустимих нормальних значень, та мав тенденцію до ще більшого зниження в (середньому $469,9 \pm 5,5$ мкмоль/л) (Мал.2).



Мал.2. Динаміка рівня сечової кислоти

Сонографічно набряку навколосуглобових тканин не відмічалось, синовіту не було, навколосуглобові тканини та порожнина суглоба мали нормальний вигляд. За шкалою Лайкерта в середньому хворі з лікарем оцінювали свій стан на 4-5 бали.

Таким чином отримані результати показали, що клінічна картина та лабораторні показники в групах різняться, зниження інтенсивності запалення більше виражено у другій групі хворих. Прослідковується покращення загального стану хворих, зменшення больового синдрому, зменшення запалення суглоба, яке проявляється візуально, сонографічно та лабораторно. Виражене покращення загального стану пацієнтів та зменшення артриту спостерігалось в групі, яка отримувала комплексну терапію, особливо звернає увагу динаміка зниження рівня сечової кислоти.

На 30 добу спостереження в усіх групах хворих виявлено зникнення явищ артриту, нормалізацію стану пацієнта та повернення його до активного соціального життя. Але біохімічні показники (рівень сечової кислоти в крові) в другій групі хворих значно відрізнялися від першої. Так в першій групі хворих рівень сечової кислоти в крові продовжував знаходитися вище граничних показників норми, з тенденцією до зниження, в другій групі — рівень сечової кислоти в крові повернувся до нормальних значень.

Висновки

1. Застосування комплексної терапії при лікуванні гострого подагричного артриту у хворих на подагру покращують результати лікування за рахунок зменшення строків лікування, та скороченню прийому нестероїдних протизапальних засобів.

2. Застосування комплексного лікування не тільки сприяє покращенню загального стану хворого, зменшенню строків та вираженості запалення, а і проявляється патогенетичною дією, що особливо важливо у хворих на хронічну подагру у яких від коливань рівня сечової кислоти залежить частота та важкість протікання загострень.

3. Комплексний підхід при лікуванні гострого подагричного артриту — безпечна та ефективна методика, метою якої є досягнення стійкого ефекту та профілактика наступних загострень хвороби і розвитку можливих побічних явищ та ускладнень хвороби, що сприяє покращенню якості життя хворого.

Література

1. Барскова В. Г. Противовоспалительная терапия острого и хронического подагрического артрита / В. Г. Барскова, И. А. Якунина // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. — 103—106.
2. Бенца Т. Подагра: діагностика та лікування / Т. Бенца // Ліки України. — 2005. — Т. 99, № 10. — С. 25—29.
3. Мухин Н. А. Многоликая подагра / Н. А. Мухин // Врач. — 1999. — № 5. — С. 15—18.
4. Мухин И. В. Медикаментозное лечение суставного синдрома при подагре / И. В. Мухин, В. Ю. Николенко // Український терапевтичний журнал. — 2002. — Т. 4
5. Подагра: современный взгляд на этиопатогенез и новые перспективы в лечении / Н. А. Дидковский, В. В. Цурко, С. П. Железнов [и др.] // Клиническая геронтология. — 2005. — № 4. — С. 26—29., № 7. — С. 85—89

6. Синяченко О. В. Сучасні погляди на патогенетичне лікування подагри / О. В. Синяченко // Український ревматологічний журнал. — 2003. — Т. 11, № 1. — С. 35—40.
7. Gout-associated uric acid crystals activate the NALP3 inflammasome / F. Martinon, V. Petrilli, A. Mayor, [et al.] / Nature. — 2006. — Vol. 440, № 7081. — P. 237—241.
8. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990—1999 / T. R. Mikuls, J. T. Farrar, W. B. Bilker, [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2005. — Vol. 64, № 2. — P. 267—272.
9. High resolution ultrasonography of the first metatarsal phalangeal joint in gout: a controlled study / S. A. Wright, E. Filippucci, C. McVeigh, [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2007. — Vol. 66, № 7. — P. 859—864.
10. Pascual E. Time required for disappearance of urate crystals from synovial fluid after successful hypouricaemic treatment relates to the duration of gout / E. Pascual, F. Sivera. // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2007. — Vol. 66, № 8. — P. 1056—1058.

**С.И.Герасименко, М.В.Полулях, М.С.Дуда,
Т.Е.Пшеничный**

Новые подходы в терапии острого подагрического артрита

Совершенствование методов диагностики и лечения хронической подагры и острого подагрического артрита остается актуальной задачей. Нами было обследовано 52 больных подагрой. В зависимости от способа лечения больные были разделены на две группы: 1 группа% больные, которые получали традиционную терапию (25 больных) 2 группы% больные получавших комплексную терапию (27 больных). Применение комплексного лечения способствует уменьшению сроков и выраженности воспаления, проявляется патогенетическим действием, что особенно важно у больных хронической подагрой в которых от колебаний уровня мочевой кислоты зависит частотой и тяжесть протекания обострений.

Ключевые слова: подагрический артрит, мочевая кислота, синовит.

**S.I.Herasymenko, M.V.Polulyah, M.S.Duda,
T.Y.Pshenychnyy**

New approaches in the treatment of acute gout arthritis

Improved methods of diagnosis and treatment of chronic gout and acute gout arthritis remains an acute problem. We examined 52 patients with gout. Depending on the method of treatment, patients were divided into two groups: Group 1% patients who received conventional therapy (25 patients); 2 group% patients treated with combined therapy (27 patients). Application of comprehensive treatment reduces the timing and severity of inflammation, manifested pathogenetic effect, which is especially important in patients with chronic gout.

Keywords: gout arthritis, uric acid, synovitis.