

Курбанов' А.К.,
Куйлиева Ф.М.,
Суванов² М.С.,
Анзиратов' Ф.К.,
Рустамова Ш.Б.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

¹Корейский медицинский центр, Самарканд, ²Самаркандский государственный медицинский институт, кафедра терапии ФУВ

Resume: The article A.K.Kurbanov, F.K.Anziratov, M.S.Suvanov titled: "Clinical importance of content of uric acid in blood at patients with deforming osteoarthritis"

Infringement of uric acid (UA) exchange at patients with DOA in the form of hyperuricemia, hyperuricozuria and urat crystaluria was revealed. For such patients the frequent occurrence of anemia, arterial hypertension, uric acid diathesis, uric syndrome, osteochondrosis with vegetative frustration, poliartralgia, constipation and expansions of veins in lower limbs are characteristic. By course aggravation and increase in prescription of the disease an aggravation of poliorgan athologies are observed. Infringement of UA exchange leads to the infringement of microcirculation in organism cells, that in turn promotes dysfunction of bodies which comes to the end with the formation of "Vicious circles". The authentic scientifically-proved results from the application of hypopurine diets, phitocollection, therapy massage, kynezotherapy and endotherapy at patients DOA with the infringement of UA exchange were obtained. The pathogenetic role of infringement of UA exchange at patients DOA has been proved and is recommended to diagnose "dysmetabolic urat osteoarthritis".

Введение. Несмотря на достижения в последние годы увеличивается число больных с заболеваниями опорно-двигательной системы, в частности деформирующий остеоартроз (ДОА) [1,4-7,10,11]. Надо подчеркнуть, что хотя придается достаточное значение, но остается малоизученным метаболические (уратные) механизмы развития ДОА [3-7]. В связи с этим, научно обоснованное изучение особенностей клинического течения ДОА у больных с нарушением обмена мочевой кислоты (МК) является актуальным.

Целью работы явилось изучение патогенетической роли обмена МК у больных с ДОА.

Материал и методы исследования. Обследовано 50 больных (20 женщин, 30 мужчин) с ДОА в возрасте от 25 до 64 лет и 30 здоровых лиц аналогичного возраста. Для верификации диагноза мы пользовались классификацией Kellgren и Lawtence (1982 г). Все были подвергнуты общеклиническим, биохимическим и функциональным методам исследования. Содержание МК в крови и суточной моче определяли по методу Зейферта-Мьюллера [8]. Наличие кристаллов (солей) мочевой кислоты выявили микроскопией мочевого осадка. Результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента на персональном компьютере IBM.

Результаты и обсуждение. Полученные данные, приведенные на рисунке 1 показали, что у 75 (67,5%) больных ДОА развивается нарушение обмена МК, проявляющееся в виде гиперурикемии (ГУЕ) ($0,494 \pm 0,04$ ммоль/л), гиперурикозурии (ГУУ) ($6,33 \pm 0,31$ ммоль/сут) и уратной кристаллурии. Надо подчеркнуть, что клиническими проявлениями этих нарушений была высокая частота анемии 98% (НБ- $84 \pm 7,2$ г/л). Показатели ультразвукового исследования (УЗИ) почек и желчного пузыря характеризуется большой

встречаемостью солевых осадков (99%), песка и камней. Артериальная гипертония встречалась (АГ) в 58% случаях, остеохондроз (ОХ) с различными вегетативными расстройствами (хроническая усталость, неврастения, депрессия и т.д.) (91%). полиартралгия (85%) и полиартриты (22,1%) с чувством мерзлоты или жжения в ногах, скрипом в суставах, оксалатурия (21,3%), варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей (41%), сильные головные боли и головокружение (60%), плохой сон (66%), онемение и боли в области поясницы, грудной клетки, плеч и рук (34%), запоры по 3-6 дней с последующим развитием трещин ануса, появлением геморроя при этом плохо помогали слабительные, поэтому больные вынуждены были часто делать очистительные клизмы.

Надо подчеркнуть, что у 26 (34,7%) больных ДОА с нарушением обмена МК при изучении амбулаторных карт, в детстве была выявлена дисметаболическая уратная нефропатия, которая сопровождалась частыми респираторными заболеваниями давности и усугублением тяжести течения

выше
проявление
а так же
содержание МК в крови - урикемия (УЕ).

верхних дыхательных путей, в виде ангины, тонзиллита, фарингита и синуситов. Необходимо отметить, что с увеличением

заболевания,
клинические
усиливались,

приведенные
учащались и
увеличивалось

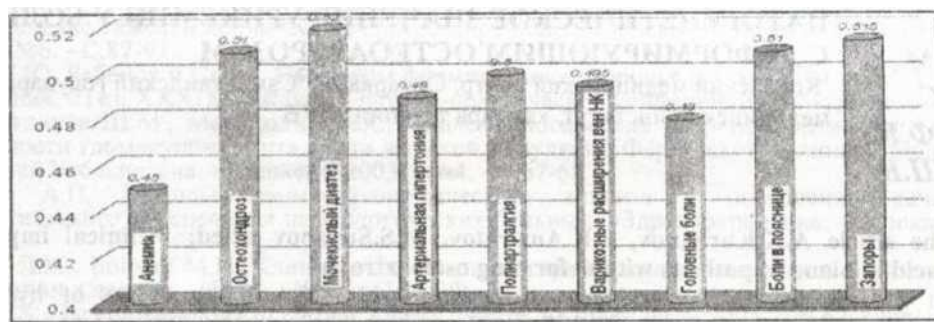


Рис 1. Частота клинических симптомов в зависимости от уровня урикемии

Было выявлено усугубление течения заболевания и интенсивности полиорганопатии. В последствии клинически это проявлялось анемией, АГ, мочекислым диатезом (МКД), ОХ, пиелонефритом (ПН), запорами, полиостеоартрозом, эпикондилозом, головными болями, бессонницей, астено-невротическим синдромом и т.д.

Важно отметить, что с повышением уровня УЕ общее состояние больных ДОО ухудшается, усиливается суставной синдром. Это связано с ухудшением микроциркуляции тканей в результате нарушения обмена МК, т.к. при концентрации МК в крови 0,413 ммоль/л и более она переходит в аморфное или кристаллическое состояние и тем самым, приводит к нарушению реологических свойств крови и отложению уратных солей в стенках сосудов и различных тканях [3].

Интересно отметить и тот факт, что несвоевременное устранение клинических симптомов приводит к взаимоусугублению патологических процессов. К примеру, в результате стабилизации АГ больные вынуждены регулярно принимать гипотензивные препараты. Состояние анемии постепенно усугубляется до такой степени, что из-за ухудшения кроветворения в костях (полиостеоартроз), больным порой придется провести гемотрансфузию. Мочекислый диатез, пески в почках постепенно служат основой для развития хронического пиелонефрита, а у беременных женщин в некоторых случаях может развиться даже эклампсия. Хотя в первых порах у первородящих женщин обнаруживается легкая анемия и минимальный мочевои синдром, при анализе мочи иногда даже преходящий. С одной стороны на этот факт должного внимания не уделяется, особенно со стороны врачей первого звена, с другой стороны пациентки тоже считают себя здоровыми и субъективных особых жалоб не предъявляют и патологический процесс как бы незаметно глубоко запускается. Хронические 3-6 дневные запоры доходили иногда до долихосигмы, которая и после операции не давала положительных результатов. Головные боли, усиливаясь, приводили к бессоннице, астенизации личности, что в свою очередь ухудшало качество жизни пациентов.

Исходя из вышеизложенного, можно

отметить, что нарушение обмена МК приводит к развитию общего эпикондилоза позвоночника и ОХ, в результате нарушается микроциркуляция крови и циркуляция биотоков через спинномозговые корешки и ганглии, что приводит в свою очередь ухудшению функции соответствующих органов, которые клинически проявляются более 70 симптомами и различными синдромами. В последующем хронизация дисфункции различных органов способствует формированию «порочных кругов». Так как, сам патологический процесс и ДОО, полиостеоартроз, ОХ, остеопороз, остеосклероз приводит к нарушению процессов кроветворения в костях, что способствует развитию различных видов анемии. В свою очередь анемия еще больше усугубляет микроциркуляцию в костных тканях и утяжеляет течение ДОО. Поэтому при лечении таких больных необходимо своевременно разорвать «порочный круг», т.к. эти «порочные круги» взаимоусугубляются, что приводит к ухудшению состояния больных.

Таким образом, полученные данные указывают на научную обоснованность дополнительного включения к базисной терапии (БТ) гипопуриновой диеты, таких фиточаев как спорыш, зверобой и «камнеломка», которые улучшают обменные процессы, также кинезотерапии [9,10], т.е. комбинированного применения спазмолитиков, противоотечных и противовоспалительных препаратов, которые приводят к улучшению лимфоциркуляции, что способствует улучшению работы клеток. При этом улучшаются регенеративные и обменные процессы, а также выработка клетками специфических продуктов модифицированной терапии (МТ)¹.

Эффективность лечебных мероприятий оценивали по клинической картине заболевания и динамике показателей обмена МК (таблица 1).

Для больных с ДОО I, II и III стадии заболевания МТ оказалась эффективнее ($P < 0,1$), чем БТ. Это подтверждается положительной динамикой клиники заболевания и показателями обмена МК. При лечении тяжелобольных IV стадией заболевания МТ была эффективной, чем БТ, однако данные были статистически не достоверными ($P < 0,05$), но интенсивность клинических симптомов значительно

уменьшилась. Поэтому при лечении больных ДОА с нарушениями обмена МК необходимо раннее назначение МТ, которая в этой стадии является более эффективным. Эффект лечения зависит от возраста больных, давности и тяжести течения заболевания.

Полученные данные подтверждают эффективность МТ в плане улучшения клинического состояния больных и нормализации содержания МК в крови. Резюмируя, можно подчеркнуть, что нарушение обмена МК имеет патогенетическую роль в развитии ДОА. Исходя из этого считаем целесообразным ставить диагноз диметаболический уратный остеоартроз.

Выводы

1. Нарушение обмена мочевой кислоты у

больных ДОА проявляется чаще гиперурикемией (76 %), в 2 раза реже гиперурикозурией (31 %) и 3 раза реже уратной кристаллурией (24 %).

2. Среди больных ДОА с нарушением обмена МК в 3 раза чаще, чем среди больных без нарушения обмена МК, наблюдалась полиорганопатия в виде анемии, эпикондилоза, ОХ, АГ, запора, пиелонефрита, полиартралгии.

3. Научно обоснованная патогенетическая коррекция обмена МК с помощью гипопуриновой диеты, фиточаев как спорыш, зверобой и «камнеломка», также кинезотерапии, у больных ДОА способствует не только нормализации МК, но и улучшению состояния больных.

Таблица 1

Динамика показателей МК у больных с ДОА в зависимости от метода лечения

До лечения	Больные с нарушением обмена МК							
	После лечения	Здоровые Больные						
Показатели	„	p< Базисная p< МТ^						
Урикемия ммоль/л	0,33±0,02	0,460±0,04	0,511 ±0,04	0,001	0,431 ±0,05	0,01	0,348±0,03	0,1
Урикозурия ммоль/сут	4,6±0,26	5,8±0,32	6,12±0,34	0,001	5,8±0,21	0,01	4,7±0,22	0,1

Примечание: P₁, P₂, P₃- достоверность различия показателей относительно контрольной группы

Литература

1. Алексеева Л. И. Основные достижения в лечении остеоартроза. Качество жизни. 2003; 3: 34-38.
2. Анзиратов Ф.К., Норбеков М.С. Способ лечения воспалительных процессов.//Патент на изобретение N 2321410 от 12.07.2006.
3. Балкаров И.М. Распознавание уратного тубулоинтерстициального нефрита с использованием диагностической анкеты. Тер. Архив. 1999; 6: 57-60.
4. Денисов Л.Н. Насонова В.А. Роль ожирения в развитии остеоартроза и сопутствующих заболеваний. Терапевтический архив, 2010, № 10, 34-37.
5. Алексеева Л.И. Чичасова Н.В. Комбинированный препарат «Арта» при лечении остеоартроза. Терапевтический архив, 2005, № 11, 69-75.
6. Лебедева М.В. Стахова Т. Ю. Оптимизация антигипертензивной терапии и функция эндотелия у больных подагрой и хроническим уратным тубулоинтерстициальным нефритом. Терапевтический архив, 2010, № 6. 43-46.
7. О कोरोков А.Н. Диагностика и лечение внутренних болезней. 2006. 187-196..
8. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник. М: Медицина; 1987. 174-248.
9. М.С. Бубновский. Суставная гимнастика доктора Бубновского. М: Медицина; 2007. 117.
10. М.С. Норбеков. Суставная гимнастика. М: Астрель; 2008. 182.
11. Sandmeier R.H. Osteoarthritis and Exercise: Does Increased Activity Weai Cut Joins ? The Permanente Journal 2006; 4(4): 206-208.