

ПРИМЕНЕНИЕ АКТОВЕГИНА У БОЛЬНЫХ С ИЗЪЯЗВИВШИМИСЯ ПОДАГРИЧЕСКИМИ ТОФУСАМИ

М. С. Елисеев, В. Г. Барскова
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Резюме

Цель. Оценить клиническую эффективность актовегина в терапии хронических язвенных дефектов кожи на месте вскрывшихся тофусов у больных хронической тофусной подагрой.

Материал и методы. В исследование включены 6 больных хронической тофусной подагрой в возрасте от 52 до 77 лет, длительностью заболевания от 6 до 20 лет и наличием длительно незаживающих кожных язв в области вскрывшихся тофусов. Кроме аллопуринола, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, терапия включала комбинацию ежедневных внутривенных введений 20% актовегина и местного применения 2% актовегина в виде геля. Клиническое обследование проводилось до и после курса терапии (через 3 нед.).

Результаты. У двух из шести пациентов наблюдалось заживление имеющихся единичных хронических язв уже к концу курса лечения. У остальных больных число язвенных дефектов сократилось, оставшиеся значительно уменьшились в размере.

Заключение. Применение актовегина в комплексной терапии язвенных дефектов кожи у больных хронической тофусной подагрой во всех случаях способствовало полному или частичному заживлению раневых поверхностей.

Ключевые слова: подагра, подкожные тофусы, актовегин

Одним из патогномоничных клинических проявлений подагры является образование депозитов моноурата натрия (МУН) с формированием тофусных образований [1]. Но, хотя подкожные тофусы входят в число основных диагностических признаков подагры [2], их возникновение относится к поздним проявлениям заболевания. В среднем появления тофусов следует ожидать через 11,6 лет от первой атаки подагрического артрита [3]. Кроме того, вероятность возникновения и величина подкожных тофусов прямо коррелирует с выраженностью гиперурикемии [4], что отражает отсутствие или недостаточную эффективность проводимой больным собственно противоподагрической терапии.

Таким образом, появление подкожных тофусов ассоциируется со значительной длительностью и тяжелым течением заболевания [4]. По некоторым данным частота выявления подкожных тофусов достигает у больных с хроническим подагрическим артритом 90% [5].

В отдельных случаях, при развитии острого воспалительного процесса в области тофусов или в результате дистрофических изменений кожных покровов на фоне локальной ишемии, происходит провыв наружу их содержимого и формирование раневого дефекта. Нередко, особенно при значительном размере вскрывшегося тофуса, образуется длительное время незаживающая хроническая язва. Конечно, проведение терапии аллопуринолом и урикозурическими средствами способствует рассасыванию тканевых отложений уратов [6], но этот процесс часто затягивается. Не всегда оказывается эффективной в подобных случаях и хирургическое лечение язв в силу развития локальной гипоксии и нарушения трофики, связанных с выраженной индукцией кристаллами уратов окружающих тканей.

В этой связи единственной возможностью способствовать полному и скорейшему заживлению раневых поверхностей, на наш взгляд, является применение лекарственных средств, ускоряющих процессы тканевой репарации. К таким средствам относится актовегин, высокоочищенный гемодиализат, получаемый из крови теллят. Отличительной особенностью препарата является многофакторность фармакологического действия, включающего влияние на процессы внутриклеточного метаболизма, восстановление кровообращения в ишемизированных тканях,

стимуляцию ангиогенеза, инсулиноподобный эффект. Последний, наиболее клинически значимый для заживления ран эффект, обусловлен активностью входящих в состав препарата олигосахаридов [7], приводящей к улучшению утилизации глюкозы в ишемизированных тканях [8].

Таким образом, целью работы явилась оценка клинической эффективности актовегина в терапии хронической тофусной подагры у больных с длительно незаживающими язвенными дефектами на месте вскрывшихся подкожных тофусов.

Материал и методы

Были обследованы шесть больных хронической тофусной подагрой с наличием незаживающих ран в области вскрывшихся тофусов, лечившихся в стационаре ГУ Института ревматологии РАМН в 2004 г. Все пациенты были мужчины в возрасте от 52 до 77 лет и длительностью подагрического анамнеза от 6 до 23 лет. Единичные (не более 3-х) подкожные тофусы размером до 1 см в диаметре были обнаружены у 1-го больного. У остальных выявлялись множественные тофусные образования, при этом размеры некоторых из них достигали величины крупного ореха (4-5 см). Абсолютным условием включения больных в исследование было наличие у них язвенных дефектов кожи в местах вскрывшихся тофусов, возникших не менее чем за полгода до обращения в клинику и сохраняющихся до настоящего времени. Эти язвенные дефекты считались хроническими, в отличие от возникших менее чем за полгода до данного исследования.

Определение уровня мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови проводилось до и после проведения курса терапии актовегином уриказо-пероксидазным методом на анализаторе фирмы "Bayer". Состояние нормоурикемии определялось при сыровоточном значении МК меньше 416 мкмоль/л.

Лабораторные показатели, отражающие функциональное состояние печени и почек, во всех случаях не превышали нормальных уровней.

С целью лечения хронических язвенных дефектов кожи использовали комбинацию ежедневных внутривенных (в/в) инъекций 250 мл 20% актовегина в течение 10-14 дней и местного применения 2% актовегина в виде геля в течение 3-х недель. Другого местного лечения не проводилось. Принимая во внимание малую эффективность или наличие противопоказаний к применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), 4-м больным был проведен курс в/в глюкокортикоидов (ГК).

Анализ клинической эффективности проводимого лечения оценивали при сравнении данных при поступлении больных в стационар и по завершении курса терапии актовегином. Диаметр язвенных дефектов измерялся при помощи миллиметровой линейки в наиболее широкой части язвы.

Результаты

Клиническая характеристика всех 6-ти включенных в исследование больных отражала тяжелое течение подагры. Так, во всех случаях имелся выраженный суставной синдром. Число болезненных и припухших на момент осмотра суставов только у одного больного было равным 3-м, у остальных отмечался полиартрит, и количество пораженных суставов колебалось от 6 до 15. Количество выявляемых подкожных тофусов было ограничено тремя у 1-го пациента, у 3-х их было больше 10 и у 2-х превышало 20. Число вскрывшихся тофусов также было различным (от 1-2 до 7-8). Некоторые из образовавшихся кожных дефектов представляли собой длительно незаживающие язвы, достигающие нескольких сантиметров в диаметре. Пятью больными вынуждены были принимать НПВП (диклофенак в дозе 50-100 мг/сут) и один - колхицин (1 мг/сут).

У 3-х больных сыровоточный уровень МК соответствовал нормоурикемии (менее 416 мкмоль/л), все они на момент госпитализации регулярно получали аллопуринол в дозе от 100 до 300 мг/сут; еще 2-е больных принимали препарат эпизодически.

Краткая клиническая характеристика больных на момент госпитализации представлена в табл. 1.

диаметром 3 см, с истечением белой творожистой массы из раневой поверхности. Подобные вскрывшиеся тофусы, но меньших размеров, - в области 5-х пальцев правой и левой стоп, в области 1-х пальцев стоп (всего 4). Множество плотных подкожных тофусов (в области суставов, мягких тканей кистей, стоп, коленных, локтевых, лучезапястных суставов). В крови - умеренная гиперурикемия (уровень МК составил 431,7 мкмоль/л).

Учитывая тяжесть суставного синдрома, развитие язвенного стоматита при приеме НПВП (диклофенак 150 мг/сут, затем нимесил 200 мг/сут.), во время пребывания в стационаре больному была проведена в/в пульс-терапия солу-медролом (№3 по 250 мг), затем в/м инъекций дипроспана 1,0 с 10-дневными интервалами, всего 3. Доза аллопуринола составила 200 мг/сут. НПВП были отменены из-за развития язвенного стоматита. Получил курс терапии актовегином по указанной выше схеме.

На фоне проводимой терапии было отмечено уменьшение с 12 до 4-х количества пораженных суставов (сохранилась небольшая пальпируемая припухлость в области 1-х плюснефаланговых суставов, тыла правой стопы и правого голеностопного сустава), значительное снижение выраженности болевого синдрома. Кроме того, к моменту выписки из стационара (через 4 нед.) произошло полное заживление большинства раневых поверхностей, уменьшение размеров оставшихся язвенных дефектов; достигнута нормоурикемия (уровень МК составил 396 мкмоль/л), ГК были отменены. Во время дальнейшего наблюдения (последний осмотр осенью 2004 г) зафиксировано полное заживление всех имевшихся язвенных дефектов.

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Показатель	Больной № 1	Больной № 2	Больной № 3	Больной № 4	Больной № 5	Больной № 6
Возраст, годы	54	77	53	52	69	62
Длительность болезни, годы	6	20	23	8	20	7
Количество пораженных при осмотре суставов, п	12	15	6	3	10	8
Количество подкожных тофусов, п	> 20	> 20	18	3	10	12
Доза аллопуринола, мг/сут.	-	-	300	100	100	-

Приводим клинические примеры.

Больной № 1, 54 лет. С подросткового возраста - подъемы АД, регулярной гипотензивной терапии не получал; с 19 лет - язвенная болезнь 12-перстной кишки с частыми обострениями. Болен с 1998 г с развития острого приступа артрита левого 1-го плюснефалангового сустава. С 2001 г - артриты суставов кистей, стоп, коленных, локтевых, голеностопных суставов. К 2002 г болезнь приобрела хроническое течение. С этого времени отмечалось быстрое формирование подкожных узловых образований в области кистей и стоп, локтевых суставов. Обратился к ревматологу, была диагностирована подагра, от приема аллопуринола отказался, принимал диклофенак в дозе 50-100 мг/сут. Осенью 2003 г в области пальцев и тыльной поверхности стоп в местах подкожных тофусов образовались язвенные дефекты кожи со свищевыми ходами, из которых истекло белесоватое отделяемое творожистой консистенции. В крови определялся повышенный уровень МК (606 мкмоль/л), по данным УЗИ выявлен нефролитиаз. С декабря 2003 г по рекомендации ревматолога начал прием аллопуринола в дозе 100 мг/сут и козаара 50 мг/сут. Назначенные препараты принимал нерегулярно, а через 2 мес прекратил их прием. Был консультирован хирургом, рекомендовано плановое оперативное лечение (удаление подкожных депозитов МК).

В мае 2004 г был госпитализирован в ГУ Институт ревматологии РАМН. При осмотре: нормостеническое телосложение, рост- 174 см, масса тела- 78 кг. ЧСС= 70 в мин. АД= 165/110 мм рт. ст. Кожа стоп ярко гиперемирована. В области правой стопы, на тыльно-латеральной ее поверхности "вскрывшийся" тофус

Больной № 2, 77 лет. Диагноз подагры выставлен около 20 лет назад. В дебюте заболевания приступы артритов 1-х плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов. Примерно через 10 лет течение заболевания приняло хронический характер, присоединились артриты мелких суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых суставов, сформировались тофусы в области суставов кистей, стоп, локтевых суставов; подкожные тофусы в области кистей стали вскрываться с истечением из них белой творожистой массы, раневые поверхности не заживали. Наблюдаясь в артрологическом центре, последние годы эпизодически принимал аллопуринол в дозе 100 мг/сут, почти постоянно- диклофенак 100 мг/сут. Более 10 лет - подъемы АД, принимает энал 5 мг/сут.

При поступлении в Институт ревматологии в июне 2004 г: нормостеническое телосложения, рост- 177 см, масса тела- 83 кг. ЧСС= 96 в мин. АД= 150/90 мм рт. ст. Вальгусная деформация, деформация кистей. В области 3-го, 4-го, 5-го дистальных пистифаланговых, 3-го проксимального межфалангового суставов правой кисти - не менее 7 вскрывшихся подкожных узлов размером от нескольких мм до 4,6 см в диаметре, с отхождением из раневых поверхностей сукровичного отделяемого, белесоватой творожистой массы. Крупные подкожные тофусы в области локтевых суставов, в области левого 1-го плюснефалангового сустава. Припухлость ряда мелких суставов кистей, болезненность их при пальпации. Артриты левого плечевого, голеностопных суставов, при пальпации болезненные. Уровень МК в крови - 514,5 мкмоль/л.

Учитывая наличие выраженного суставного синдрома и недостаточную эффективность принимаемых пациентом НПВП

(диклофенак 100 мг/сут), в стационаре проводилась пульс-терапия метипредом (500 мг №1 и 250 мг №2), получал апонил 200 мг/сут. В результате отмечено купирование артрита большинства суставов (на момент выписки лишь болезненность при пальпации ряда мелких суставов кистей). В клинике назначен для постоянного приема аллопуринол в дозе 200 мг/сут. В течение 2-х недель проводились внутривенные инфузии актовегина. К моменту выписки из стационара отмечалось либо полное заживление, либо тенденция к заживлению ран на месте вскрывшихся тофусов, достигнута нормоурикемия (382 мкмоль/л).

Больной № 3, 53 лет. Болен с 1981 г. Вплоть до середины 1990-х гг. - приступы артритов 1-х плюснефаланговых, коленных суставов, по рекомендации травматолога во время приступов принимал реопирин. С 1995 г. - присоединение артритов суставов стоп, голеностопных, локтевых суставов, формирование в области последних подкожных тофусов. Был осмотрен ревматологом, выставлен диагноз подагры. Впоследствии, несмотря на регулярный прием аллопуринола в дозе 300 мг/сут и НПВП (диклофенак или индометацин в средних противовоспалительных дозах), количество и размеры подкожных тофусов непрерывно увеличивались. Периодически тофусы вскрывались, что сопровождалось отхождением белой творожистой массы, в течение нескольких недель происходило спонтанное заживление раневых поверхностей. Частота приступов при этом сократилась до 3-4-х в год. В конце 2003 г. в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы на месте подкожного тофуса сформировались свищевые ходы, через которые периодически происходило спонтанное выделение плотных конкрементов до 3 мм в диаметре. К терапии был добавлен колхикум в дозе 1 мг/сут.

В апреле 2004 г. пациент был госпитализирован в клинику ГУ Института ревматологии для коррекции терапии. В анамнезе: около 10 лет назад диагностирована артериальная гипертензия, регулярной гипотензивной терапии не проводилось. При поступлении предъявлял жалобы на боли в области мелких суставов стоп, боли в верхних отделах живота. При осмотре: телосложение нормостеническое, рост - 172 см, масса тела - 81 кг. ЧСС = 76 в мин. АД = 180/100 мм рт. ст. В области плюснефаланговых суставов стоп, пяток, ахилловых сухожилий, локтевых, коленных суставов - множественные подкожные тофусы различных размеров (от нескольких мм до крупного ореха - более 5 см). В области 1-го плюснефалангового сустава справа две кожные раны, размером 0,5 см и 0,9 см в диаметре, внутри которых отчетливо виднеется содержимое бело-серого цвета. Пальпируемая припухлость, болезненность коленных, ряда плюснефаланговых суставов. Сгибательная контрактура правого локтевого сустава (30°). Уровень МК в крови - 354,8 мкмоль/л. на рентгено-

раммах стоп - множественные эрозии ряда суставных поверхностей, массивные "костные" разрастания в области 1-х плюснефаланговых суставов. По данным ЭГДС - эрозивный антральный гастрит, рубцовые изменения 12-пестной кишки.

Прием НПВП был прекращен из-за обострения язвенной болезни. В/в инъекция метипреда (250 мг однократно) вместе с однократным внутрисуставным введением дипроспана 1,0 мл в полость левого коленного сустава способствовали уменьшению выраженности воспалительных явлений в суставах: артрит суставов стоп и левого коленного сустава был полностью купирован, сохранялась небольшая припухлость правого коленного сустава, при пальпации болевых ощущений в суставах не испытывал. Был проведен курс актовегина по указанной выше схеме. К концу курса одна из раневых поверхностей в области правого 1-го плюснефалангового сустава полностью закрылась, размеры другой уменьшились с 9 мм до 3 мм. Была также подобрана гипотензивная терапия, включавшая эналаприл 10 мг/сут и эгилек 50 мг/сут, приведшая к достижению целевых значений АД (не более 135/85 мм рт. ст.), продолжен прием аллопуринола в прежней дозе.

У остальных 3-х больных в возрасте 52, 69 и 62 лет с длительностью подагрического анамнеза соответственно 8, 20 и 7 лет также отмечалось хроническое течение подагры. Первые два более года принимали аллопуринол в дозе 100 мг/сут, в обоих случаях состояние уратного обмена характеризовались нормоурикемией. У первого из трех больных кожный дефект в области 1-го левого плюснефалангового сустава сформировался после многократно предпринимаемых безуспешных самостоятельных попыток выдавливания содержимого тофусов. Полное заживление у него раневой поверхности, диаметр которой на момент госпитализации составлял 2,0 см, было достигнуто через 3 нед. терапии актовегином. Кроме того в полость левого голеностопного сустава пациенту однократно был введен дипроспан 1,0 мл. У другого больного удалось добиться полного заживления 5-ти и уменьшения размеров еще 2-х кожных дефектов в области суставов кистей. Помимо курса лечения актовегином, ему проводилась терапия метипредом в виде в/в инфузий по 250 мг, всего 3 на курс. Оба больных принимали также нимесил в дозе 200 мг/сут.

Наконец, у третьего, 62-летнего больного образование незаживающего язвенного дефекта 2-го межфалангового сустава правой стопы произошло после вскрытия тофуса в области этого сустава хирургом городской больницы г. Москвы. Больному проводилась антибактериальная терапия, рана была дренирована, однако это не привело к ее заживлению. Поступил в клинику ГУ Института ревматологии только через 7 мес. после лечения у хирурга. Основной причиной обращения к ревматологу послужило

Таблица 2

ПРОВОДИМАЯ ТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Показатель	Больной № 1	Больной № 2	Больной № 3	Больной № 4	Больной № 5	Больной № 6
Инфузий актовегина 20% 250,0, п	14	14	14	10	14	10
Аллопуринол, мг/сут	200	100	300	100	100	-
Метипред, суммарная доза, мг	750	1000	250	-	750	-
Дипроспан 1,0, п инъекций	3	-	1	1	-	2
Прием НПВП	-	+	-	+	+	-
Общее число язв до/после лечения, п	8/2	7/3	2/1	1/-	7/2	1/-
Число хр. язв до/после лечения, п	5/2	5/3	2/1	1/-	4/2	1/-
Диаметр хр. язв до/после лечения, см	4,3/2,9 1,8/0,7 0,7/- 0,5/-	4,6/2,9 3,3/1,5 0,3/0,1 2,0/-	0,9/0,3 0,5/-	2,0/-	1,5/0,8 1,2/0,5 0,8/- 0,6/-	1,0/-
МК до/после лечения, мкмоль/л	431,7/ 423,0	514,5/ 382,7	354,8/ 324,7	338,1/ 325,0	405,0/ 334,0	435,0/ 479,0

жил не столько выраженный суставной синдром, сколько испытываемый дискомфорт и неудобство при ходьбе, связанные с открытой раной в области пальца стопы. При обращении диагноз подагры, вызывавший ни малейших сомнений и по клинической картине (сообщение о типичных острых приступах моноили олигоартрита суставов стоп, в том числе 1-х плюснефаланговых суставов, гиперурикемия, наличие тофусов), был подтвержден при помощи микроскопии раневого содержимого в компенсированном поляризованном свете, - выявлялись скопления кристаллов двойного лучепреломления желтой и голубой окраски, охарактеризованные как кристаллы МУН. Двукратно в полость левого коленного сустава вводился дипроспан по 1,0 мл. Через 3 нед. от начала терапии актовегином рана в области сустава полностью закрылась. От приема аллопуринола отказался, прием НПВП был прекращен из-за выявления язвенной болезни желудка.

Таким образом, в результате проведенного лечения у 2-х из 6-ти пациентов наблюдалось полное заживление имеющихся единичных хронических язв уже к концу курса лечения актовегином, у остальных 4-х число сохранившихся язвенных дефектов сократилось, а оставшиеся значительно уменьшились в размере. Нормоурикемия была достигнута у 5-ти больных, и лишь у 1-го сохранялась гиперурикемия (пациент категорически отказался от проведения предложенной ему собственно противоподагрической терапии).

Проведенная терапия, ее клинические результаты представлены в табл. 2.

Обсуждение

Известно, что подагра характеризуется частым сочетанием с различными метаболическими нарушениями, что требует индивидуального подхода к выбору тактики лечения. Тем не менее ввиду различных причин - косметических, социальных и бытовых трудностей, создаваемых наличием крупных незаживающих язвенных дефектов - именно они часто становятся едва ли не единственной задачей, требующей, по мнению больного, неотложного решения. В этой связи вполне обоснованной представляется попытка использования в терапии такого осложнения подагры, как вскрывшийся подкожный тофус, актовегина - препарата, улучшающего процессы тканевого метаболизма и обладающего репаративными свойствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранняя диагностика и лечение подагры - научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Научно-практич. ревматол., 2004, 1, 5-7
2. Wallace S.L., Robinson H., Masi A.T. et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout. Arthr. Rheum., 1977, 20, 895-900
3. Hench P.S. The diagnosis of gout and gouty arthritis. J. Lab. Clin. Med., 1936, 220, 48-55
4. Gutman A.B. The past four decades of progress in the knowledge of gout, with an assessment of the present status. Arthr. Rheum., 1973, 16, 431-445
5. Пихлак Э.Г. Подагра. М., "Медицина", 1970
6. Gutman A.B. Gout, in Beeson PB, McDermott W (eds): Textbook of Medicine (ed 12). Philadelphia, Saunders, 1967, 1238
7. Obermaier-Kusser B., Muhlbacher C., Mushack J. et al. Further evidence for a two-step model of glucose-transport regulation. Inositol phosphate-oligosaccharides regulate glucose-carrier activity. Biochem. J., 1989, 3, 699-705
8. Серегин Г.И., Ленкова Н.А., Рывинский С.С., Коганова Н.А. Актовегин в комплексной терапии больных с обширными раневыми повреждениями. Актовегин. Новые аспекты клинического применения. Сб. научно-практич. статей. М., 2002, 187-192
9. Monnard P. Konservative Behandlung von Lochgeschwüren und diabetischer Gangran mit einem eiweißfreien Kalbsblutextrakt Praxis, Schweiz. Rundschau f. Med., 63, 1974, 909

Несмотря на отсутствие литературных данных о применении актовегина при подагре, опыт его практического использования для заживления ран достаточно велик. С этой целью препарат нашел широкое применение при хронических язвах нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом [9, 10], у больных язвенной болезнью [11], в хирургической практике - в комплексной терапии окклюзивных заболеваний сосудов [9, 12], обширных ожоговых и травматических повреждений [8] и даже в спортивной медицине при лечении травматических повреждений периферических тканей [13, 14]. Все это послужило в пользу выбора актовегина в качестве основного средства терапии и у больных хронической тофусной подагрой, имеющих язвы кожных покровов в области вскрывшихся тофусов.

Безусловно, в ряде подобных случаев альтернативой могут быть хирургические методы лечения, направленные, прежде всего, на механическое удаление депозитов МК. Однако, как показывает практика, и после оперативного лечения часто развиваются осложнения в виде плохо заживающих свищевых ходов, а также некротических изменений в области наложенных швов [15]. В нашем случае подобный исход хирургического лечения наблюдался у больного № 6. Кроме того, давно известно, что само по себе хирургическое вмешательство может способствовать развитию выраженного обострения подагрического артрита [16], особенно при отсутствии должной медикаментозной коррекции урикемии [17]. Рассмотренные нами клинические примеры свидетельствуют о том, что и терапия аллопуринолом, и препаратами, обладающими урикозурическим действием, не всегда бывает достаточной для решения всех поставленных в этой связи проблем. Применение ГК, назначение которых в ряде случаев (недостаточная эффективность и/или невозможность применения НПВП, необходимость скорейшего снижения остроты воспаления) бывает наиболее эффективным, с одной стороны, приводя к снижению воспаления и купированию подагрического артрита [18], с другой - не способствует заживлению раневых поверхностей [19].

Таким образом, наш опыт, учитывающий необходимость комплексного подхода к решению вопроса терапии подагры, позволяет сделать вывод о высокой эффективности актовегина, применяемого с целью заживления язвенных дефектов кожи у больных с хронической тофусной подагрой.

10. Tsang M.W., Wong W.K., Hung C.S. et al. Human epidermal growth factor enhances healing of diabetic foot ulcers. Diabetic Care, 2003, 26(6), 1856-1861
11. Новицкий В.А., Смолянинов А.Б., Гаврюшин О.А., Мовчан К.Н. Коррекция расстройств при лечении больных с длительно рубцующимися гастродуоденальными язвами препаратом Актовегин. Проблемы излечимости в гастроэнтерологии. Решенные и нерешенные клинические загадки: Тр. 25-ой конф. Смоленск, 1997, 392-397
12. Kusztor D., Bereczky M., Ablonczy D. et al. A controlled trial comparing two drugs used to treat peripheral vascular disorders with trophic lesions. VASA, 1, 1972, 212
13. Pfister A., Koller W. Treatment of fresh muscle injury. Sportverletz Sportschaden, 1990, 4(1), 41-44
14. McLauchlan G.J., Handoll H.H. Interventions for treating acute and chronic Achilles tendinitis. Cochrane Database Syst. Rev., 2001, 2, CD000232 [MEDLINE]
15. Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А., Матушевский Г.А. Хирургическое лечение хронической подагры. Научно-практич. ревматол., 2000, 3, 54-56
16. Linton R.R., Talbot J.H. Surgical treatment of tophaceous gout. Ann. Surg., 1943, 117, 161-182
17. Larmon W.A. Surgical management of tophaceous gout. Clin. Orthop., 1970, 71, 56-69
18. Groff G.D., Franck W.A., Raddatz D.A. Systemic steroid therapy for acute gout: a clinical trial and review of the literature. Semin. Arthr. Rheum., 1990, 19(6), 329-336
19. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев Ю.В. Глюкокортикоиды в ревматологии. М., "Медицина", 1998

Поступила 20.05.05

*Abstract**M.S. Eliseev, V.G. Barskova***Actovegin administration in patients with ulcerated gout tophuses**

Objective. To study actovegin efficacy in the treatment of chronic skin ulcers due to ulceration of tophuses in pts with chronic tophaceous gout.

Materials and methods. 6 pts with chronic tophaceous gout aged 52 to 77 years with disease duration from 6 to 20 years with longstanding persisting skin ulcers due to tophuses ulceration were included. In addition to allopurinol, steroid and nonsteroidal anti-inflammatory drugs they were treated with actovegin 20% intravenously and local applications of 2% actovegin gel. Clinical examination was performed before and after the course of therapy.

Results. Two from six pts showed healing of single chronic ulcers to the end of the treatment course. In the remaining pts ulcer count and size decrease was achieved.

Conclusion. Actovegin administration in combined therapy of chronic skin ulcers in pts with chronic tophaceous gout promoted healing of the defects in all cases.

Key words: *gout, subcutaneous tophus, actovegin*