

прием этого препарата не оказал. Козаар привел к существенному достоверному снижению концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови больных подагрой с $0,54 \pm 0,076$ ммоль/л до $0,41 \pm 0,084$ ммоль/л, $p < 0,05$. В связи со значительным снижением мочевой кислоты у части больных появилась возможность уменьшить дозу аллопуринола со $185,56 \pm 10,23$ мг/сут до $157,07 \pm 12,15$ мг/сут, $p < 0,05$ с сохранением эффекта действия.

Все больные хорошо переносили лечение, побочные действия, характерные для ИАПФ в виде сухого кашля, не были отмечены ни у одного пациента. Никто из больных не прекратил прием препаратов в период наблюдения. В дальнейшем доза препаратов была увеличена в обеих группах для большего процента достижения целевых уровней артериального давления менее 130/80 мм рт ст.

Положительное действие лозартана на уровень мочевой кислоты создает неоспоримый приоритет этого препарата для лечения артериальной гипертонии у больных подагрой. Учитывая его хорошую переносимость, отсутствие значимых побочных действий и доказанный в многочисленных исследованиях выраженный органопротективный эффект, козаар может быть рекомендован как препарат первого выбора для лечения АГ при нарушении пуринового обмена.

Выводы

1. Гипотензивный эффект козаара и нолипрела сопоставим при лечении АГ у больных подагрой.
2. Оба препарата приводят в 50 – 60 % случаев к достижению целевых уровней АД при назначении первой дозы.
3. Выраженные преимущества козаара у больных подагрой обусловлены его прямым влиянием на снижение мочевой кислоты в сыворотке крови.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

И.С. Марков, В.А. Широков¹, Т.А. Попова

МУ «Городская клиническая больница №40»,

ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр ПиОЗРПП»¹, г. Екатеринбург

В литературе описаны поражения нервной системы у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) в виде синдрома «конского хвоста», реже - атланта-аксиального подвывиха, осложненного компрессией спинного мозга (шейной миелопатией). Работы носят казуистический характер, и данная проблема является малоизученной.

Целью настоящего исследования являлось углубленное клиничко-функциональное неврологическое обследование пациентов, страдающих анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы исследования. Были обследованы неврологом 67 пациентов с подтвержденным диагнозом АС, из них 27 пациентам была произведена электронейромиография верхних и нижних конечностей на аппарате «NICOLET VIKING».

Средний возраст обследованных составлял 43,5 года (от 27 до 60 лет). Лабораторная активность оценивалась по стандартным показателям (СОЭ, СРБ). У всех пациентов зафиксирован сакроилеит 3-4 стадии по KELLGREN. У 53 пациентов (79%) отмечались энтезопатии различной локализации. Показатель BASDAI в среднем составил 5,1, BASFI - 4,3. HLA-B27 выявлен у 14 больных.

Результаты. Все пациенты предъявляли жалобы на боль, утреннюю скованность, ограничение движений в позвоночнике и в крупных суставах. Распределение болевого синдрома в позвоночнике выглядит следующим образом: преимущественно шейный отдел - 38 пациентов, грудной отдел - 11, поясничный отдел 18 пациентов. Жалобы на онемение, покалывание в дистальных отделах нижних конечностей предъявляли 18 больных, на онемение и покалывание в дистальных отделах верхних и нижних конечностей - 9 пациентов. Жалобы на выраженные «жгучие» боли нейропатического характера в икроножных мышцах предъявляли 6 пациентов.

У 32 пациентов отмечались расстройства поверхностной чувствительности по дистальному типу, преимущественно в нижних конечностях в виде гипо- или гиперестезии. У 2 больных чувствительные расстройства сопровождались гипотрофией мышц надплечья и верхней конечности. У 2-х пациентов отмечались признаки грубого поражения большеберцового нерва с мышечными атрофиями, расстройством функции ходьбы. Нарушения глубоко-мышечного чувства не выявлено.

При ЭНМГ исследовании у 14 больных выявлялись признаки сенсорной и сенсомоторной полинейропатии, преимущественно нижних конечностей. Кроме того определялась односторонняя и двусторонняя радикулопатия (13 пациентов), синдром карпального канала (8 человек), невропатия большеберцовых нервов (2), шейная миелорадикулопатия (2), синдром тарзального канала (1).

Заключение. При клинико-функциональном обследовании больных АС выявлены синдромы поражения периферической нервной системы в виде радикулопатий, полинейропатий и мононейропатий (туннельных) синдромов. Полиневритические расстройства требует отдельного анализа потому что встречались как у больных, принимавших сульфосалазин и метотрексат, так у больных, не получавших лечение данными препаратами. Смешанный характер поражения (аксональный и демиелинизирующий) позволяют предположить иммунно-воспалительный характер процесса. Данное исследование будет продолжено.