

Рамков А. Г.
ПРОБЛЕМА КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Нехайчик Т. А.
Кафедра военно-полевой терапии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Мочевую кислоту (МК) называют «двуликим Янусом» биохимии за ее способность проявлять как прооксидантные, так и антиоксидантные свойства. Такая же неоднозначность имеет место и в клинической оценке асимптоматической (бессимптомной) гиперурикемии (ГУ), распространенность которой в популяции достигает 20%. Доказано, что бессимптомная ГУ является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений. С высоким уровнем МК ассоциированы неблагоприятные исходы инфаркта миокарда, прогрессирование сердечной, почечной недостаточности, повышенные риски фибрилляции предсердий. В тоже время описаны неблагоприятное влияние гипоурикемии на центральную нервную систему, в том числе на исходы инсультов. Частота перехода асимптоматической ГУ в симптоматическую (развитие подагры) относительно невелика. Европейские и американские эксперты условно не рекомендуют назначение уратснижающей терапии при бессимптомной ГУ, российские считают целесообразным назначение такой терапии пациентам высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска.

Цель: оценить динамику уровня МК при симптоматической и асимптоматической ГУ в сопоставлении с развитием и прогрессированием ассоциированной патологии.

Материал и методы. Исходно была проведена выборка 406 медицинских карт стационарных пациентов 432 ГВКМЦ по критерию ГУ. Для ретроспективного анализа отобраны 26 медицинских карт пациентов, имевших не менее 3 госпитализации на протяжении последних 4 лет, что позволяло отследить динамику уровня МК.

Результаты и их обсуждение. Группу исследования составили 20 мужчин и 6 женщин в возрасте от 30 до 95 лет (средний возраст $64,8 \pm 15,4$ года). В половине случаев был установлен диагноз подагры. Несмотря на существенный разброс значений урикемии за все госпитализации – от 247 до 865 мкмоль/л, средний показатель превышал верхнюю границу нормы на 31%. 12 из 13 пациентов с подагрой получали уратснижающую терапию, однако средние значения МК при симптоматической ГУ оказались выше, чем при асимптоматической ($480,5 \pm 124,6$ мкмоль/л против $458,6 \pm 89,93$ мкмоль/л). С позиций гендерных различий мужчины преобладали как в группе подагры (85%; $n=11$), так и при бессимптомной ГУ (79%; $n=9$) и имели более высокие уровни МК.

Из коморбидной патологии наиболее часто встречались не только традиционно ассоциированные с ГУ артериальная гипертензия ($n=21$; 80,7%), ожирение ($n=15$; 57,6%), сахарный диабет 2-го типа ($n=9$; 34,6%), хроническая болезнь почек ($n=9$; 34,6%), но и фибрилляция предсердий ($n=11$; 42,3%), различные формы ИБС ($n=14$; 35,2%). В итоге 9 (69%) пациентов с подагрой и 6 (46%) с асимптоматической ГУ имели высокий и очень высокий кардиоваскулярные риски.

Выводы. Для ГУ характерна высокая коморбидность вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов подагры. Наиболее часто с ГУ ассоциированы АГ, ожирение, фибрилляция предсердий, высокий и очень высокий кардиоваскулярные риски. Асимптоматическая ГУ чаще встречается у женщин, а симптоматическая – у мужчин. Неадекватный контроль качества уратснижающей терапии не приводит к положительным результатам по контролю над ГУ. Требуется дальнейшее накопление данных для решения вопроса о целесообразности и объеме терапии при асимптоматической ГУ.