

ПРОБЛЕМА КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Нехайчик Т. А., Рамков А. Г.

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) определяется как повышение уровня мочевой кислоты (МК) более 360 мкмоль/л (> 6 мг/дл), независимо от пола. При отсутствии клинических симптомов подагры ГУ называют асимптоматической, которая в свою очередь дифференцируется на асимптоматическую ГУ (АГУ) с наличием кристаллов уратов и АГУ с их отсутствием [2;3]. Распространенность подагры и АГУ вариабельная в разных странах, но АГУ встречается в среднем в 5 раз чаще. Исследования последних десятилетий выявили новые эффекты ГУ на организм, в результате чего проблема нарушений пуринового обмена переступила порог ревматологии и стала предметом серьезного и пристального изучения других специальностей. Сегодня активно изучается использование урикоостатических препаратов как самостоятельного звена лечения пациентов с кардиоваскулярной патологией, сахарным диабетом, хронической болезнью почек [1]. Однако сведения по ее эффективности не однозначны и единого взгляда на урикоостатическую терапию при АГУ пока не выработано [1;4].

Цель. Оценить динамику уровня мочевой кислоты при асимптоматической и симптоматической (подагра) гиперурикемии в сопоставлении с метаболическими нарушениями и ассоциированной патологией.

Материал и методы. Исходно была проведена выборка пациентов с ГУ по клинической базе данных 432 ГВКМЦ за 2017 – 2020 г. (n=406). Для ретроспективного анализа отобраны 37 медицинских карт пациентов по следующим критериям: асимптоматическая ГУ, симптоматическая ГУ (подагра), не менее 3-х госпитализаций (стойкость ГУ). Статистическая обработка данных производилась в программе STATISTICA 8.

Результаты. Средний возраст в группе исследования составил $63,3 \pm 14,5$ года и не имел достоверных различий по гендерному признаку: у мужчин средний возраст составил $62,1 \pm 14,6$ года, против $67,8 \pm 14,31$ года – у женщин. У пациентов в подгруппе с клинически развернутой подагрой средние показатели возраста были достоверно меньше ($59,05 \pm 14,2$ года), чем в подгруппе с АГУ ($67,8 \pm 13,8$) и позволяли предполагать дебют заболевания в типичном для данной патологии возрасте - после 35 - 40 лет. У мужчин АГУ встречалась в 2,6 раз, а подагра в 5,3 раза чаще, чем у женщин. Полученные данные требуют корректировки на преимущественно мужской контингент госпиталя, т.к. преобладание ГУ у мужчин подтверждается не всеми исследованиями. В США уровень АГУ не имеет гендерных отличий, а в России, Китае и Японии лидируют мужчины.

Средние значения урикемии у мужчин ($481 \pm 115,7$ мкмоль/л) достоверно превышали аналогичный показатель у женщин ($437 \pm 85,5$ мкмоль/л). Абсолютные значения уровня МК по годам у пациентов с подагрой были подвержены значительным колебаниям (max 865; min 247) вследствие нерегулярной урикоостатической терапии, которую получали 16 из 19 (84,2%) пациентов с подагрой. Целевой уровень урикемии по данным стационарных карт был достигнут только в одном случае. Исходные (2017) показатели урикемии и степень ее выраженности не имели достоверных отличий в подгруппах АГУ и подагры. К 2020 отмечено нарастание выраженности ГУ в обеих подгруппах (Рис. 1), однако при АГУ прирост урикемии оказался достоверно выше, чем в подгруппе с подагрой (Рис. 1), что может быть обусловлено сдерживающими эффектами урикоостатической терапии, проводимой у пациентов с подагрой.



Рис. 1 – Оценка динамики гиперурикемии за 4-хлетний период

Лидирующие позиции по ассоциированной патологии занимали поражение почек, АГ и ожирение. Из всех нозологических форм поражения почек в общей группе наиболее часто встречалась подагрическая нефропатия, в том числе МКБ ($n=16$; 43%). В 37,8% ($n=14$) имело место стойкое нарушение функции почек - ХБП С2 – 3. С АГУ поражение почек было ассоциировано у 9 из 18 пациентов (50%), при подагре – у 13 из 19 (68%).

Выводы. Для пациентов с любыми формами нарушения пуринового обмена характерно прогрессирование ГУ с течением времени. Большинство пациентов со стойкой ГУ, независимо от симптомов, имеют широкий спектр ассоциированной патологии, которая сопряжена с повышенными кардиоваскулярными и ренальными рисками. Целенаправленная медикаментозная терапия нарушений пуринового, липидного и углеводного

обмена оказывают достоверное сдерживающее влияние на прогрессирование метаболических нарушений, даже при отсутствии строгого достижения целевых уровней МК и атерогенных липидов. При отсутствии существенных отличий в медикаментозной терапии АГУ и подагры, можно предположить, что более благоприятный профиль коррекции метаболических нарушений в подгруппе подагры обусловлен положительными синергическими влияниями урикоостатической терапии.

Литература.

1. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском [Текст] / И. Е. Чазова, Ю. В. Жернакова, О. А. Кисляк и др. // Системные гипертензии. – 2019. – №4. – С. 8-21.

2. Perez-Ruiz, F. A review of uric acid, crystal deposition disease, and gout [Text]* / F. Perez-Ruiz // Advances in Therapy. – 2015. – № 32. – P. 31-41.

3. Urate crystal deposition in asymptomatic hyperuricaemia and symptomatic gout: a dual energy CT study [Text]* / N. Dalbeth, M. E. House, O. Aati et al. // Annals of Rheumatic Diseases. – 2015. – № 74. – P. 908-919.

4. Фомин, В. В. Гиперурикемия, подагра и высокий кардиоваскулярный риск – как ими управлять в клинической практике [Текст]* / В. В. Фомин, Т. Е. Морозова, В. В. Цурко // Терапевтический архив. – 2019. – №12. – С. 75-83.