

А. С. Кошкин

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Т. А. Нехайчик

Кафедра военно-полевой терапии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Проведен анализ данных двух групп пациентов: с установленным диагнозом подагры и с диагнозом мочекаменная болезнь, рентгеннегативный нефролитиаз, находившиеся на обследовании и лечении в 432 ГВКМЦ. Выявлена высокая сопряженность подагры и нефролитиаза. Разработаны рекомендации по профилактике уратного поражения почек.

Ключевые слова: подагра, уратный нефролитиаз.

Resume. The analysis of these two groups of patients: with diagnosed gout diagnosed with urolithiasis, X-ray negative nephrolithiasis who were examined and treated in 432 СМСМС. The high contingency gout and nephrolithiasis. Developed recommendations for the prevention of urate kidney damage.

Keywords: gout, urate nephrolithiasis.

Актуальность. Частота поражения почек при нарушении обмена мочевой кислоты, в частности, уратный нефролитиаз, колеблется от 5 до 40% среди всех случаев нефролитиаза. Из них более 50% случаев протекают клинически бессимптомно. В патогенезе уратного нефролитиаза, наряду с гиперурикозурией и малым объемом мочи, ведущее значение отводят рН мочи в кислую сторону и сопутствующие нарушения углеводного обмена. Последним факторам не всегда уделяется должное внимание при оценке клинического риска развития уратного поражения почек.

Цель: установить факторы риска поражения почек и оценить возможности профилактики уратного нефролитиаза у пациентов с подагрой.

Задачи:

1. Изучить структурно-функциональные изменения мочевыводящей системы у пациентов с нарушением пуринового обмена.
2. Оценить характер метаболических нарушений, сопутствующих заболеваний при подагре, гиперурикемии.
3. Оценить клиничко-лабораторные изменения у пациентов с рентгеннегативным нефролитиазом.
3. Предложить меры профилактики уратного поражения почек.

Материал и методы. Объектом исследования стали две группы пациентов: первую составили больные с установленным диагнозом подагры (n=34), находившиеся на обследовании и лечении в 432 ГВКМЦ в период с октября 2014 по февраль 2015, которые осматривались по мере поступления в стационар.

Проводился клинический осмотр, оценивались лабораторные и инструментальные данные, коморбидная патология. Набор второй группы был осуществлен по данным компьютерной базы госпиталя пациентов урологического центра по диагнозу мочекаменная болезнь, рентгеннегативные камни (n=44).

Результаты. Несмотря на то, что нефролитиаз в обеих группах встречался как в молодом, так и старческом возрасте, средний показатель возраста пациентов с подагрой оказался больше, чем в группе с изолированным рентгеннегативным нефролитиазом с разницей в пределах 15 лет. В целом возраст пациентов соответствовал средним показателям дебюта подагры (40 – 50 лет). Однако, более 80% пациентов с подагрой имели стаж нефролитиаза более 10 лет, что подтверждает тенденцию к омоложению этого заболевания и более раннему развитию уратного поражения почек. В большинстве случаев в группе пациентов с подагрой и нефролитиазом эти диагнозы были установлены одновременно. Однако у 6 из 16, что составило 37,5%, мочекаменная болезнь предшествовала развитию суставных проявлений подагры.

Пациенты с подагрой имели более длительные сроки МКБ, причем 10-летний анамнез нефролитиаза определен более чем в 80% случаев. При мочекаменной болезни с рентгеннегативными конкрементами доля таких лиц была в 4 раза меньше, что, прежде всего, могло быть обусловлено более молодым возрастом контингента лиц с рентгеннегативным нефролитиазом.

У подавляющего числа пациентов во всех группах отмечена низкая рН мочи. В группе подагры без нефролитиаза процент соответствовал среднестатистическим данным, определяемым при подагре (60%). Несколько неожиданным оказался высокий процент лиц, имеющих низкий уровень рН при рентгеннегативном нефролитиазе, что позволяет говорить об определенной вероятности уратного нефролитиаза. Подтвердить или опровергнуть это предположение по данным, имевшимся в историях болезней, не представлялось возможным, так как в 38 случаях из 44, к сожалению, данные о идентификация камней и кристаллического осадка отсутствовали. В 2 случаях описаны ураты, в 2 – оксалаты. Только в 1 случае в группе с R-негативным нефролитиазом был определен уровень мочевой кислоты (таблица 1).

Таблица 1. Уровень рН мочи

	кислая	нейтральная	щелочная
Подагра с нефролитиазом (n=16)	75,0% (12)	18,75%(3)	6,25%(1)
Подагра без нефролитиаза (n=18)	61,1% (11)	22,2%(4)	16,7%(3)
R-негативный нефролитиаз (n=44)	95,5% (42)	0	4,5%(2)

Наиболее частой сопутствующей патологией была артериальная гипертензия, различные формы ИБС и сахарный диабет 2 типа. Сравнение в группах продемонстрировало достоверно большее число случаев АГ в группе с подагрой и

МКБ, по сравнению с группой с рентгеннегативными камнями. Главенствующей патологией, 82% (по литературным данным – 70%) у пациентов с подагрой в сочетании с МКБ, была артериальная гипертензия. АГ при подагре следует рассматривать с нескольких позиций. Во-первых, воздействием гиперурикемии на эндотелий сосудов индуцирует эндотелиальную дисфункцию, гипертрофию почечных клубочков, гломерулотубулярные повреждения, вызывающие активизацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и, в конечном итоге, повышение АД. В таких случаях АГ может являться первым проявлением нарушений пуринового обмена. Более того, устранение гиперурикемии может обеспечивать обратное развитие этих изменений и нормализацию АД, предотвращая тем самым развитие структурных изменений в почках после устранения гиперурикемии. С другой стороны, АГ, возникшая до подагры, оказывает синергическое отрицательное действие на почки, способствуя усугублению почечной патологии. Доля сопутствующего сахарного диабета и ИБС в большей или меньшей степени соответствовали данным литературных источников: ИБС 30%, СД 20% (таблица 2).

Таблица 2. Заболевания - «спутники»

	Подагра с нефролитиазом	Подагра без нефролитиаза	R-негативный нефролитиаз
Артериальная гипертензия	82,35% (14)	61,1% (11)	15,56% (7)
Ишемическая болезнь сердца	35,3% (6)	44,4% (8)	6,67% (3)
Сахарный диабет 2 типа	11,76% (2)	22,2 (4)	13,33% (6)

Размеры уратов, полученные по данным УЗИ почек были меньше ($4,88 \pm 4,88$ мм), чем рентгеннегативные камни во второй группе ($6,5 \pm 3,65$ мм). Косвенно этот факт можно рассматривать как благоприятный в плане растворения камней без травматического хирургического вмешательства.

При сравнении уровней СКФ в группах, минимальный уровень был определен в группе пациентов с подагрическим поражением почек (73,36 мл/мин), что подтверждает усугубление почечной дисфункции при уратном нефролитиазе.

Целевой уровень мочевой кислоты в крови был достигнут только в 3 (18,75%) случаях из 16 у пациентов с нефролитиазом и у 4 (22,2%) из 18 без. Средний уровень урикемии в группе без камней в почках был даже несколько выше.

Установлено, что ожирение является независимым фактором нефролитиаза. Мы оценили выраженность нарушений питания по индексу массы тела. Оказалось, что почти 70% с подагрой имели избыточную массу тела без существенной зависимости от наличия либо отсутствия мочекаменной болезни.

Вместе с тем у пациентов, отягощенных нефролитиазом, доля лиц с ожирением 1 степени была больше, чем без камней в почках и имела место обратная зависимость по доле пациентов с нормальным ИМТ. В группе с рентггеннегативным нефролитиазом у большинства пациентов было выявлено повышение массы тела, составив суммарно 73,7%. И хотя доля лиц с избыточной массой тела была меньше, чем в группе с подагрой, в этой группе выявлены пациенты с 2 степенью ожирения. Общая доля лиц с нарушением питания составила 73,7%, что было сопоставимо с группой подагры.

Выводы:

1. С учетом высокой сопряженности подагры с нефролитиазом (47,1%) следует рекомендовать скрининговое УЗИ почек всем пациентам с подагрой и гиперурикемией.

2. Стойкое снижение уровня рН мочи следует рассматривать как существенный фактор риска уратного поражения почек наряду с гиперурикемией.

3. При стойкой гиперурикемии и подагре даже без признаков уратного нефролитиаза целесообразно ориентировать пациентов на соблюдение диеты, способствующей ощелачиванию мочи и рассматривать целесообразность курсового приема препаратов, обладающих ощелачивающим эффектом.

A. S. Koshkin

**PREDICTOR OF RENAL DISEASE IN PATIENTS WITH GOUT AND
HYPERURICEMIA**

Tutor Professor T. A. Nekhaichik

*Department of military-field therapy,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Барскова, В.Г. Современные представления о патогенезе и методах коррекции уратного нефролитиаза у больных подагрой / В.Г. Барскова, М.В. Мукгова // Современная ревматология. 2011. №4. С. 40-43

2. Елисеев, М.С. Клинический опыт применения препарата Уралит-У у больных подагрой и нефролитиазом / М.С. Елисеев, И.С. Денисов, Барскова В.Г. // Современная ревматология. 2012. №1. С. 44-46

3. Елисеев М.С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры / М.С. Елисеев // Научно-практическая ревматология. 2014. №2. С. 141-146

4. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720с.