

*Т.В. Черенкевич*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.П. Григорчук*

*2-я кафедра внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*T.V. Cherenkevich*

## PREVALENCE OF HYPERURICEMIA AMONG PATIENTS WITH RHEUMATOLOGICAL PROFILE

*Tutor: associate professor I.P. Grigorchuk*

*2nd Department of Internal Medicine*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Статья посвящена актуальной проблеме – распространенности гиперурикемии среди пациентов ревматологического профиля. В ней рассматривается взаимосвязь гиперурикемии с широким спектром коморбидностей, приемом некоторых лекарственных препаратов, способных влиять на уровень мочевой кислоты. Продемонстрирована частота назначения и эффективность уратснижающей терапии.

**Ключевые слова:** гиперурикемия, пациенты ревматологического профиля, коморбидная патология, уратснижающая терапия.

**Resume.** The article is devoted to the extremely urgent problem which is prevalence of hyperuricemia among rheumatological patients. It examines the relationship of hyperuricemia with a wide range of comorbidities, taking certain drugs that can affect the level of uric acid. The frequency of prescription and effectiveness of urate-lowering therapy has been demonstrated.

**Keywords:** hyperuricemia, rheumatological patients, comorbid pathology, urate-lowering therapy.

**Актуальность.** Гиперурикемия (ГУ) является широко распространенной проблемой во всем мире, встречаемость которой в популяции составляет 16–17%. Взаимосвязь ГУ, в том числе и бессимптомной, с широким спектром коморбидностей и участие повышения уровней мочевой кислоты в развитии и поддержании хронического воспаления обосновывают важность изучения ГУ при различных состояниях. Остаются спорными и требуют дальнейшего обсуждения и вопросы использования уратснижающей терапии (УСТ) при бессимптомной ГУ.

**Цель:** изучить распространенность ГУ среди пациентов ревматологического профиля.

**Задачи:**

1. Ретроспективно проанализировать истории болезни пациентов отделения ревматологии и сформировать группу с ГУ;

2. Определить влияние коморбидных состояний, назначения некоторых лекарственных препаратов (низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (АСК), диуретики) на выраженность ГУ;

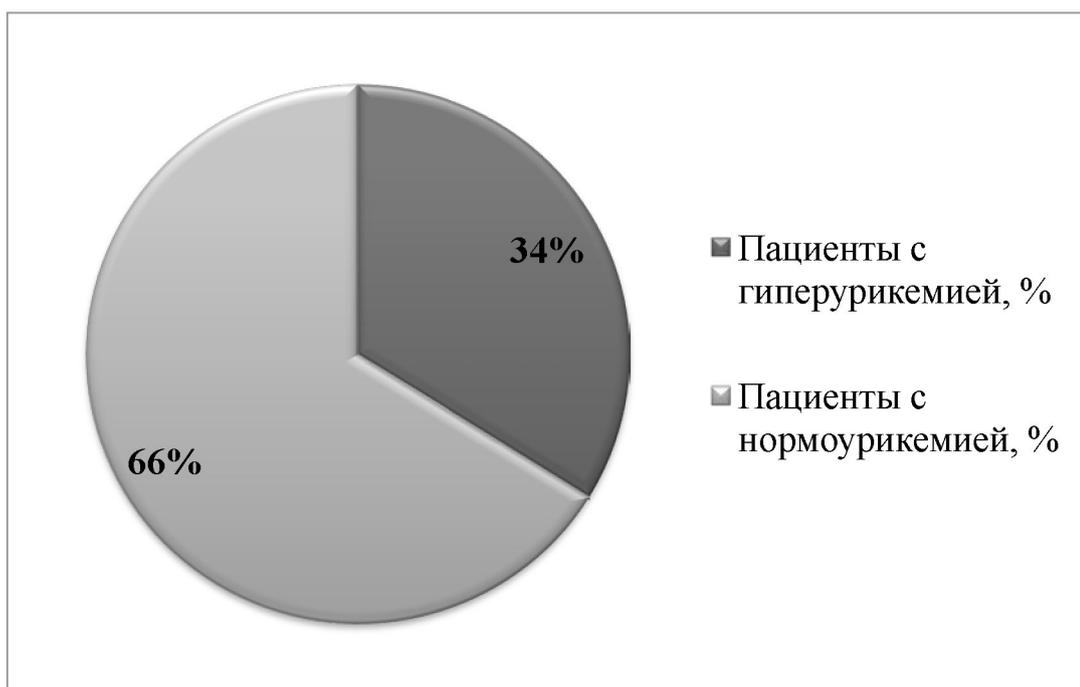
3. Оценить частоту назначения и эффективность УСТ при различных ревматических заболеваниях.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 393 пациентов, проходивших лечение на базе отделения ревматологии ГУ «Минский

научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» в 2019 году.

Выделена группа пациентов с ГУ, под которой понимали уровни мочевой кислоты более 357 мкмоль/л у женщин и более 416 мкмоль/л у мужчин. Пациенты с ГУ были разделены на подгруппы по основному ревматологическому заболеванию и подверглись дальнейшему анализу на предмет коморбидных заболеваний и наличия в схеме лечения лекарственных препаратов, влияющих на уровень мочевой кислоты.

**Результаты и их обсуждение.** ГУ выявлена у трети пациентов – 33,84 % (n=133) от общего количества всех ревматологических пациентов, у которых был произведен анализ уровня мочевой кислоты (диагр. 1). Именно эти пациенты с ГУ составили исследуемую группу и подверглись дальнейшему анализу. Уровень мочевой кислоты в данной группе составил в среднем 469,84 мкмоль/л.



**Диагр. 1** – Результат ретроспективного анализа историй болезни пациентов с целью выявления группы с гиперурикемией

Среди пациентов с ГУ выявлено 25 пациентов с подагрическим артритом, 46 – с остеоартритом, 13 – с ревматоидным артритом, у 12 пациентов был диагностирован псориатический артрит, у 7 – системный васкулит. Встречалась также ГУ у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца, системной красной волчанкой, анкилозирующим спондилитом, синдромом Шегрена, реактивным артритом, смешанным заболеванием соединительной ткани и др.

У 25 пациентов из 133 исследуемых был установлен диагноз подагры: 4 были госпитализированы в связи с острым подагрическим артритом, у 21 пациента подагрический артрит был хроническим. В группы сравнения вошли 4 пациента с острым подагрическим артритом и 12 пациентов с хроническим подагрическим артритом без ГУ из числа находившихся на лечении в ревматологическом отделении в 2019 году (табл. 1).

**Табл. 1.** Сравнение групп пациентов с подагрой при повышенном и нормальном уровне мочевой кислоты

		Гиперурикемия (n=25)		Нормальный уровень мочевой кислоты (n=16)	
Возраст, лет		59,68		61,56	
Пол, чел	мужской	22		14	
	женский	3		2	
		Острый подагрический артрит (n=4)	Хронический подагрический артрит (n=21)	Острый подагрический артрит (n=4)	Хронический подагрический артрит (n=12)
Уровень мочевой кислоты, мкмоль/л		515,5 (447; 538)	570 (430; 770)	373,5 (362; 405)	372,5 (222; 416)

Подавляющее большинство пациентов с острым подагрическим артритом получали УСТ. Ни одному из пациентов данной группы не назначались препараты, косвенно способные повлиять на уровень мочевой кислоты (низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, диуретики).

Хронической болезни почек (ХБП) не выявлено ни у одного пациента с острым подагрическим артритом. Медиана скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в группе пациентов с ГУ составляет 86,5 мл/мин (67, 101). У всех пациентов с нормальным содержанием мочевой кислоты в крови СКФ была ниже 90 мл/мин (медиана 78,5 мкмоль/л (63, 84)). При сравнительном анализе средних значений СКФ статистически достоверные межгрупповые различия отсутствовали ( $U=5,0$ ;  $p=0,386$ ). Следовательно, по нашим данным нет оснований полагать, что функция почек может повлиять на уровень мочевой кислоты в двух сравниваемых группах.

Артериальная гипертензия (АГ) 2 степень, риск 3 выявлена у 3 пациентов с острым подагрическим артритом при повышенном уровне мочевой кислоты, у 1 пациента – хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ФК 1.

В случае острого подагрического артрита при нормоурикемии ситуация следующая: у 4 пациентов – АГ (2-3 степень, риск 4), из них у 2 – ХСН (ФК 1) и ИБС, еще у одного пациента – неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП).

Лишь один пациент из группы хронического подагрического артрита на момент госпитализации не получал УСТ. У четверти пациентов из каждой подгруппы в схему лечения входили диуретики.

Медиана СКФ в группе пациентов с хроническим подагрическим артритом и ГУ составляет 83 мл/мин (29, 113). Следует сказать, что у 6 пациентов данной группы установлен диагноз ХБП. В группе сравнения пациентов с нормоурикемией медиана СКФ 75,5 мл/мин (24, 101). Диагноз ХБП присутствует у 4 пациентов данной группы. При сравнительном анализе средних значений СКФ статистически достоверные межгрупповые различия отсутствовали ( $U=114,5$ ;  $p=0,667$ ). Следовательно, нет оснований полагать, что функция почек может повлиять на уровень мочевой кислоты в двух сравниваемых группах.

АГ (преимущественно 2 степень, риск 4) выявлена у 17 пациентов с хроническим подагрическим артритом при повышенном уровне мочевой кислоты, у 14 пациентов – ХСН (в большинстве случаев ФК 1), у 9 пациентов – ИБС. Диагноз СД 2 в

данной группе установлен у 3 пациентов, а также нарушение толерантности к глюкозе – у 2 пациентов.

В группе пациентов с хроническим подагрическим артритом и нормоурикемией у 12 пациентов имеется АГ (преимущественно 2-3 степень, риск 4), у 10 пациентов – ХСН (преимущественно ФК 1) и у 5 – ИБС. Диагноз СД 2 в группе пациентов с хроническим подагрическим артритом и нормоурикемией установлен у 2 пациентов сравниваемой группы.

У 46 пациентов из 133 исследуемых был установлен диагноз остеоартрита.

Следует сказать, что у 4 пациентов установлен диагноз ХБП 3-4 стадии (преимущественно смешанного генеза – ишемическая, гипертензивная нефропатия), медиана уровня мочевого кислоты в данной подгруппе составила 470,5 (358, 675) мкмоль/л. Статистически значимые различия уровня мочевого кислоты у данных пациентов и в группе пациентов с остеоартритом и ГУ в целом не определены ( $U=63,5$ ;  $p=0,424$ ).

При сравнительном анализе средних значений уровней мочевого кислоты у пациентов, принимающих и не принимающих низкие дозы АСК, статистически достоверные межгрупповые различия отсутствовали ( $U=276,5$ ;  $p=0,210$ ), аналогичная тенденция характерна и для диуретиков ( $U=239$ ;  $p=0,604$ ). Уровень мочевого кислоты у пациентов с остеоартритом, принимающих уратснижающие препараты, по сравнению с остальной группой, имеет статистически достоверные межгрупповые различия ( $U=50,5$ ;  $p<0,05$ ).

Медиана СКФ у пациентов, находящихся на УСТ, составляет 51 (17, 79) мл/мин и имеет статистически достоверные межгрупповые различия с пациентами, не принимающими УСТ ( $U=244$ ;  $p<0,05$ ).

У 45 пациентов выявлена АГ преимущественно 2-3 стадия 3-4 риск. 35 пациентов с остеоартрозом имеют ИБС, у 39 человек выявлена ХСН преимущественно 1-2 ФК. СД 2 типа страдают 19 пациентов исследуемой группы, еще у 6 пациентов имеется нарушение уровня гликемии натощак. Ожирение 3 степени зарегистрировано у 5 пациентов из данной группы, метаболический синдром в диагнозе присутствует у 1 пациента. НЖБП выявлена у 2 пациентов.

У 13 пациентов из 133 исследуемых был установлен диагноз ревматоидного артрита.

У 2 пациентов данной группы установлен диагноз ХБП 3-4 стадии смешанного генеза (ишемический, гипертензивный). Среднее значение уровня мочевого кислоты у данных пациентов составляет 480,05 мкмоль/л. Статистически значимые различия уровня мочевого кислоты у пациентов с ХБП 3-4 стадии и в сравниваемой группе пациентов с ревматоидным артритом не определены ( $U=2$ ;  $p=0,076$ ).

У всех пациентов выявлена АГ 2-3 стадия 3-4 риск. 6 пациентов с ревматоидным артритом имеют ИБС, у 11 человек выявлена ХСН преимущественно 1-2 ФК. СД 2 типа болеет 1 пациент исследуемой группы, еще у 2 пациентов имеется нарушение уровня гликемии натощак. Ожирение 3 степени зарегистрировано у 1 пациента из данной группы, метаболический синдром в диагнозе присутствует у 1 пациента. НЖБП выявлена у 1 пациента.

При сравнительном анализе средних значений уровней мочевой кислоты у пациентов, принимающих и не принимающих низкие дозы АСК, статистически достоверные межгрупповые различия отсутствовали ( $U=20$ ;  $p=0,398$ ), аналогичная тенденция характерна и для диуретиков ( $U=27$ ;  $p=0,391$ ).

У 12 пациентов из 133 исследуемых был установлен диагноз псориатического артрита.

У 2 пациентов данной группы установлен диагноз ХБП 3 стадии смешанного генеза (ишемический, гипертензивный), средний уровень мочевой кислоты 414,6 мкмоль/л. Статистически значимые различия уровня мочевой кислоты у пациентов с ХБП 3 стадии и в сравниваемой группе пациентов с псориатическим артритом и ГУ не определены ( $U=15$ ;  $p=0,282$ ).

Среди остальной сопутствующей патологии у пациентов с псориатическим артритом и ГУ у 11 пациентов выявлена АГ, у 4 – ИБС, у 7 – ХСН, у 1 – СД, у 3 – НЖБП.

При сравнительном анализе средних значений уровней мочевой кислоты у пациентов, принимающих и не принимающих низкие дозы АСК, статистически достоверные межгрупповые различия отсутствовали ( $U=15$ ;  $p=0,781$ ), диуретики – отсутствовали ( $U=21$ ;  $p=0,395$ ), уратснижающие препараты – имелись статистически достоверные межгрупповые различия ( $U=3,5$ ;  $p<0,05$ ). Медиана СКФ у пациентов, находящихся на УСТ, составляет 94 (47, 124) мл/мин и не имеет статистически достоверных межгрупповых различий с пациентами, не принимающими УСТ ( $U=14,5$ ;  $p=0,626$ ). У 1 пациента на УСТ установлен диагноз ХБП 3 стадии. У 3 пациентов в диагнозе есть указание на ГУ. Среди остальной сопутствующей патологии АГ – у 7 пациентов, ХСН – у 4, ИБС – у 3, СД – у 1, НЖБП – 3.

#### **Выводы:**

1. Бессимптомная ГУ широко распространена среди пациентов с неподагрическими артропатиями и системными ревматическими заболеваниями.

2. При остеоартрите, ревматоидном и псориатическом артрите, по нашим данным, не выявлено взаимосвязи ГУ с частотой и спектром коморбидных состояний, с назначением лекарственных препаратов, способных влиять на уровни мочевой кислоты, со снижением СКФ.

3. Основным показанием для назначения УСТ у ревматологических пациентов с бессимптомной ГУ в настоящее время является нарушение функции почек.

#### **Литература**

1. Насонов Е.Л. Ревматология. Российские клинические рекомендации / под ред. акад.Е.Л. Насонова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с.
2. Каратеев Д. Е. Справочник врача-ревматолога / Д. Е. Каратеев, Е. Л. Лучихина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 155 с.