

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.12-008.1

Н. А. Куницкая, М. А. Андрианова

МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОДАГРОЙ: ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Влияние подагры на качество жизни достаточно подробно описано в литературе, причем основная роль отведена острым приступам артрита [1–3]. Рассматривается и предположение о возможной связи между гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако до настоящего времени остается нерешенным вопрос, является ли гиперурикемия независимой причиной развития различных сердечно-сосудистых заболеваний. Как известно, подагра — наиболее распространенная причина воспалительного артрита у молодых мужчин.

Приведем клинический пример молодого пациента, длительно страдающего подагрой. Мужчина 34 лет обратился в клинику с жалобами на острую боль, отек и покраснение левого голеностопного и коленного суставов, которые возникли 24 ч назад. Эти явления сопровождались повышением температуры тела до 38°C. Из анамнеза известно, что впервые острый артрит левого голеностопного сустава был 10 лет назад, далее наблюдались периодические обострения, как правило, в виде моно-артрита, продолжительностью от 12 до 24 ч. В течение первого года болезни отмечалось наличие четырех обострений, далее от одного до трех рецидивов в год. В течение последнего года он испытывал обострение 1 раз в месяц, продолжительностью около 10 дней. За весь период заболевания отмечалось вовлечение в патологический процесс пястнофаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных и голеностопных суставов. Через 3 года от момента первого приступа отметил формирование тофусов, вначале в области ушных раковин, далее в области суставов кистей и стоп. В период обострений пациент принимал парацетамол и диклофенак. Среди его родственников ни у кого не было подагры. Он не курил и употреблял не более 4 единиц алкоголя в неделю.

Осмотр пациента выявил наличие повышенной массы тела (вес — 118,90 кг, индекс массы тела — 35,7 кг/м²), множественных тофусов различного размера (от 5 мм до 1,5 см в диаметре) в области ушных раковин, пястнофаланговых, проксимальных

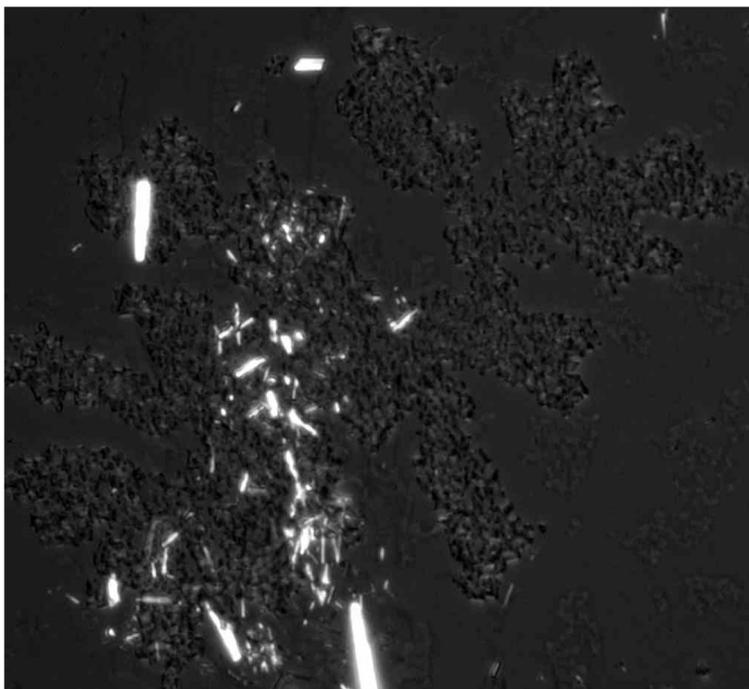
Куницкая Н. А. — Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Минздравсоцразвития

Андрианова М. А. — Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Минздравсоцразвития

© Н. А. Куницкая, М. А. Андрианова, 2013

межфаланговых суставов кистей, плюснефаланговых суставов стоп. При исследовании суставов обнаружены синовиты левого лучезапястного, голеностопного и коленного суставов. Объем движений в этих суставах был также ограниченным. В области правого плюснефалангового сустава отмечалась значимая вальгусная деформация. Измеренное артериальное давление составило 155/102 мм. рт. ст.

При проведении лабораторного обследования было выявлено повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 42 мм/ч и С-реактивного белка (СРБ) до 77 мг/л, при нормальном количестве лейкоцитов, а также повышение содержания мочевой кислоты 0,660 ммоль/л (норма 0,2–0,42 ммоль/л). В эвакуированной синовиальной жидкости из коленного сустава при проведении поляризационной световой микроскопии было обнаружено большое количество двулучепреломляющих кристаллов (рисунок).



Синовиальная жидкость, кристаллы мочевой кислоты при поляризационной микроскопии мазка, $\times 400$

Таким образом, согласно критериям, описанным в [4], пациенту был выставлен диагноз острого подагрического артрита.

Далее у него были оценены сердечно-сосудистые факторы риска. Оценивая его липидный профиль натощак было обнаружено повышенное содержание холестерина — 6,9 ммоль/л (норма 2,08–5,0 ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) — 4,9 ммоль/л (норма <3 ммоль/л). Уровень глюкозы крови натощак был в пределах нормальных значений. Анализ наследственных факторов выявил, что его дед по отцовской линии умер от инфаркта миокарда в возрасте 55 лет, а у матери был диагностирован сахарный диабет II типа. На основании возраста, систолического артериального давле-

ния, общего холестерина, анамнеза и пола — 10-летний риск развития инфаркта миокарда для пациента оценивался в 9,8% [5].

Подагра — системное заболевание, при котором в различных органах и тканях откладываются кристаллы моноурата натрия и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами.

Гиперурикемия и подагра широко распространены во всем мире [2–4]. Распространенность подагры у населения в целом увеличивается с возрастом и значительно выше среди мужчин [1: 6]. Наиболее важным фактором риска выступает повышенный уровень мочевой кислоты, перенасыщение мочевой кислотой внеклеточной жидкости, что и приводит к выпадению кристаллов мочевой кислоты. Осаждение кристаллов в суставах и околосуставных тканях приводит к обострениям острого артрита.

Связь подагры с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, патологией почек и заболеваниями сердечно-сосудистой системы предполагалась еще с конца XIX в., а проведенные в середине XX в. эпидемиологические исследования полностью ее подтвердили [5]. Кроме того, было выявлено, что существует взаимосвязь не только между повышенными значениями мочевой кислоты и сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и нормальными значениями мочевой кислоты (310–330 мкмоль/л) и сердечно-сосудистыми заболеваниями. До настоящего времени существуют разные мнения о гиперурикемии как независимом факторе риска сердечно-сосудистых заболеваний [7–10]. Так, по данным Фрамингемского исследования, гиперурикемия — это лишь случайный фактор риска, и практикующие врачи должны использовать только традиционные факторы риска (курение, гиперлипидемия, сахарный диабет и гипертония) [4]. Гиперурикемия связана с сопутствующими заболеваниями, которые сами представляют собой сердечно-сосудистые факторы риска: последние европейские исследования показали, что ожирение — наиболее распространенная сопутствующая патология (распространенность — 27,7%) в Великобритании [11], в то время как диабет — наиболее частое сопутствующее заболевание в Германии (распространенность — 25,9%) [1]. По данным Л. Аннемана, Е. Спейпена, М. Гаскина и др. [1], артериальная гипертензия была у 17,5% пациентов, сердечная недостаточность — у 7,1 и инфаркт миокарда у 7,4% обследованных в Великобритании, также была выявлена зависимость распространенности сердечно-сосудистых сопутствующих заболеваний от уровня мочевой кислоты сыворотки крови [1].

Как приведенный клинический пример может быть использован врачами общей практики?

В настоящее время хорошо известны методы диагностики и основные направления в лечении подагры. Тем не менее этот случай иллюстрирует важную связь между гиперурикемией и другими факторами риска метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний. У молодых мужчин подагра — один из самых распространенных типов воспалительного артрита и именно у них предоставляется одна из немногих возможностей для прогнозирования и влияния на сердечно-сосудистые факторы риска. Аллопуринол, который уменьшает содержание уратов в сыворотке, также обладает антигипертензивным эффектом, что может оказывать благотворное влияние на сердечно-сосудистые заболевания за счет снижения окислительного стресса [3].

Проведенные в последние годы многочисленные исследования, в том числе и с использованием моделей животных, подтвердили взаимосвязь между содержанием уратов в сыворотке крови и сердечно-сосудистыми заболеваниями [5; 7; 9]. Аллопури-

нол может играть определенную роль в уменьшении окислительного стресса [3; 10], и вполне возможно, что положительный эффект от этого препарата на гипертонию опосредован через этот механизм.

В большинстве случаев за острым подагрическим артритом следует хроническая форма заболевания, которая требует назначения специфического лечения, в том числе и для профилактики развития сопутствующих заболеваний.

Британским обществом ревматологов разработаны научно обоснованные рекомендации по лечению подагры, в том числе советы по диете и изменению образа жизни, включая потребление алкоголя, а также надлежащего использования лекарственной терапии [12]. Также в этих рекомендациях обоснованы и основные методы обследования, профилактики и лечения сердечно-сосудистых факторов риска. На основании имеющихся данных, эти рекомендации предполагают, что оптимальный уровень уратов сыворотки крови должен быть ниже 300 мкмоль/л. Поэтому можно сделать вывод, что у молодых пациентов с подагрическим артритом необходимо определять факторы риска и проводить профилактику развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

1. *Annemans L., Spaepen E., Gaskin M. et al.* Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005 // *Ann Rheum Dis.* 2008. Vol. 67(7). P. 960–966.
2. *Brook R. A., Kleinman N. L., Patel P. A. et al.* The economic burden of gout on an employed population // *Curr. Med. Res. Opin.* 2006. Vol. 22. P. 1381–1389.
3. *Koton S., Howard S. C., Warlow C. P. et al.* Serum urate predicts long-term risk of acute coronary events in women after a transient ischaemic attack and stroke // *Cerebrovasc Dis.* 2008. Vol. 26. P. 517–524.
4. *Wallace S. L., Robinson H., Masi A. T. et al.* Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout // *Arthritis Rheum.* 1977. Vol. 20. P. 895–900.
5. *Corry D. B., Eslami P., Yamamoto K. et al.* Uric acid stimulates vascular smooth muscle cell proliferation and oxidative stress via the vascular rennin-angiotensin system // *J. Hypertens.* 2008. Vol. 26(2). P. 269–275.
6. *Jordan K. M., Cameron J. S., Snaith M. et al.* British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guidelines for the management of gout // *Rheumatology.* 2007. Vol. 46(8). P. 1372–1374.
7. *D'Agostino R. B., Vasan R. S., Pencina M. J. et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: The Framingham Heart Study // *Circulation.* 2008. Vol. 117(6). P. 743–753.
8. *Feig D. I., Kang D.-H., Johnson R. J.* Uric acid and cardiovascular risk // *N. Engl. J. Med.* 2008. Vol. 359(17). P. 1811–1821.
9. *Hisatome I.* Impact of serum uric acid level on the cardiovascular system as a risk factor // *Nihon Yakurigaku Zasshi.* 2010. Vol. 136. P. 325–329.
10. *Gaffo A. L., Edwards N. L., Saag K. G.* Gout. Hyperuricaemia and cardiovascular disease: how strong is the evidence for a causal link? // *Arthritis Res Ther.* 2009. Vol. 11(4). P. 240–247.
11. *Kelkar A., Kuo A., Frishman W. H.* Allopurinol as a cardiovascular drug // *Cardiol Rev.* 2011. Vol. 19. P. 265–271.
12. *Kanbay M., Afsar B., Covic A.* Uric acid as a cardiometabolic risk factor: to be or not to be // *Contrib Nephrol.* 2011. Vol. 171. P. 62–67.

Статья поступила в редакцию 5 декабря 2012 г.