



Новые данные в кардиологии для практического врача. Проблема гиперурикемии в Нижегородском регионе с позиций сердечно-сосудистого риска: реальные пути решения

В рамках симпозиума д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и ОВП им. В.Г. Вагралина Приволжского исследовательского медицинского университета, председатель Нижегородского отделения Российского кардиологического общества, научный руководитель кардиологического отделения Нижегородской клинической областной больницы им. Н.А. Семашко Наталья Юрьевна БОРОВКОВА рассмотрела проблемы гиперурикемии с позиций сердечно-сосудистого риска.

Обессимптомной гиперурикемии говорят при повышенном уровне мочевой кислоты в сыворотке крови без подагрического артрита, тофусов или уратных камней в почках. По разным данным, ее распространенность в России достигает 16,8–25,3% среди мужчин и 11,3% среди женщин в возрасте 25–64 лет^{1,2}. Несмотря на имеющиеся данные о механизмах развития и факторах риска гиперурикемии и подагры, в клинической практике терапия этих состояний не всегда эффективна. Одна из причин – высокая частота коморбидных состояний. Гиперурикемия ассоциируется с рядом коморбидных заболеваний, таких как атеросклероз, сахарный диабет, метаболический синдром, неалкогольная жировая болезнь печени, артериальная гипертензия (АГ), хроническая болезнь почек. При этом наиболее значимыми в аспекте ухудшения прогноза пациента признаны заболевания сердечно-сосудистой системы и почек.

Результаты многочисленных исследований показали взаимосвязь гиперурикемии и высокого сердечно-сосудистого риска. Гиперурикемия служит предиктором ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, острых нарушений мозгового кровообращения, сердечно-сосудистой и общей смерти. Доказано, что более высокая концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови связана с гиперлипидемией, триглицеридемией, сахарным диабетом и метаболическим синдромом^{3,4}. Накопленные данные свидетельствуют о том, что гиперурикемия стимулирует активацию воспаления: способствует выделению провоспалительных цитокинов, вызывает эндотелиальную дисфункцию, нестабильность атеросклеротических бляшек, формирует неинфекционное воспаление. Гиперурикемия является независимым фактором риска развития субклинического атеросклероза у лиц молодого возраста⁵. Профессор Н.Ю. Боровкова представила результаты исследования

по выявлению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Нижегородской области, проведенного на базе ГБУЗ «Нижегородская клиническая областная больница им. Н.А. Семашко» при непосредственном участии исследователей из Приволжского исследовательского медицинского университета. Она отметила, что эпидемиологическое исследование такого масштаба в Нижегородском регионе проводилось впервые. В итоге в 12 лечебно-профилактических учреждениях Нижнего Новгорода и Нижегородской области был обследован 2501 респондент. В исследование включались мужчины и женщины в возрасте 35–74 лет. По данным первичного анализа исследования, 1331 (53%) респондент имел АГ. Уровень артериального давления (АД) 140/90 мм рт. ст. и выше на фоне антигипертензивной терапии зафиксирован у 70% обследованных лиц. Таким образом, в исследовании выявлен недостаточный контроль уровня АД у большинства больных АГ.

¹ Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В. и др. Гиперурикемия и ее корреляты в российской популяции (результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014; 10 (2): 153–159.

² Насонов Е.Л. Ревматология. Российские клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

³ Johnson R.J., Rodriguez-Iturbe B., Kang D.-H., et al. A unifying pathway for essential hypertension. Am. J. Hypertens. 2005; 18 (3): 431–440.

⁴ Dahlöf B., Devereux R.B., Kjeldsen S.E., et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet. 2002; 359 (9311): 995–1003.

⁵ Krishnan E., Pandya B.J., Chung L., Dabbous O. Hyperuricemia and the risk for subclinical coronary atherosclerosis – data from a prospective observational cohort study. Arthritis Res. Ther. 2011; 13 (2): R66.

В ходе исследования изучали распространенность гиперурикемии и средние уровни мочевой кислоты среди населения Нижегородской области. Критериями гиперурикемии считали уровень мочевой кислоты ≥ 360 мкмоль/л у женщин и ≥ 420 мкмоль/л у мужчин. У 23% исследуемых ($n = 2501$) уровень мочевой кислоты превышал верхнюю границу нормы. Гиперурикемия выявлена у 20% женщин и 26% мужчин.

Кроме того, установлена прямая связь между увеличением количества коморбидных состояний и повышением уровня мочевой кислоты в крови. Выявлена достоверная корреляция повышения уровня мочевой кислоты с АГ, повышенным индексом массы тела, снижением скорости клубочковой фильтрации, нарушением липидного и углеводного обмена. Таким образом, увеличение уровня мочевой кислоты – один из факторов повышения риска сердечно-сосудистых осложнений, особенно при наличии сердечно-сосудистых заболеваний.

В клинических рекомендациях Европейского общества кардиологов 2018 г. и Российского кардиологического общества 2020 г. по АГ гиперурикемия рассматривается как фактор сердечно-сосудистого риска, в связи с чем определение уровня мочевой кислоты показано всем пациентам с АГ. Невыполнение данной рекомендации считается дефектом оказания медицинской помощи^{6,7}.

Наряду с рекомендациями по изменению образа жизни, увеличению физической активности, соблюдению определенной диеты пациентам с гиперурикемией для снижения уровня мочевой кислоты в крови назначают медикаментозную терапию. К препаратам первого ряда для медикаментоз-

ной коррекции гиперурикемии относят аллопуринол. Механизм его действия хорошо известен: он подавляет ксантиноксидазу, снижая превращение гипоксантина и ксантина до мочевой кислоты. Последующее снижение образования мочевой кислоты приводит к уменьшению ее уровня в моче и плазме крови.

Сегодня на фармацевтическом рынке представлено много препаратов аллопуринола, произведенных в разных странах. Среди них следует выделить оригинальный препарат аллопуринола Милурит с доказанной эффективностью и безопасностью.

По данным исследований, аллопуринол (Милурит) снижает смертность от инфаркта миокарда, инсульта, сердечно-сосудистую смертность и общую смертность у пациентов с гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. При АГ и гиперурикемии аллопуринол уменьшает частоту инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома.

Данные клинических исследований и реальной практики свидетельствуют об эффективности уратснижающей терапии в отношении улучшения показателей общей выживаемости у больных с гиперурикемией, а также снижения сердечно-сосудистой смертности.

Таким образом, важность контроля над гиперурикемией на фоне сердечно-сосудистых заболеваний подтверждена зарубежными и отечественными экспертами.

Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском предусматривает пять этапов⁸:

1) оценить уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. Высоким считается уровень мочевой кислоты > 360 мкмоль/л;

2) оценка наличия сопутствующих заболеваний. У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском целевым признается уровень мочевой кислоты в сыворотке крови < 300 мкмоль/л;

3) информирование пациента о фармакологических и эпидемиологических факторах, влияющих на гиперурикемию, сопутствующих заболеваниям и сердечно-сосудистых факторах риска. Рекомендованы изменение образа жизни, диета и снижение массы тела, а также строгая приверженность назначенному лечению. По возможности отменяются препараты, влияющие на уровень мочевой кислоты в сыворотке крови;

4) старт терапии аллопуринолом в дозе 100 мг с последующей титрацией, при необходимости до 300–600 мг/сут до достижения целевого уровня мочевой кислоты;

5) контроль уровня мочевой кислоты в сыворотке крови не реже двух раз в год. У пациентов с АГ, ишемической болезнью сердца, инсультом в анамнезе, сахарным диабетом, хронической болезнью почек, не достигших целевого уровня мочевой кислоты, рассматривается вопрос о применении комбинированной терапии (аллопуринол + урикозурик).

В заключение профессор Н.Ю. Боровкова подчеркнула, что пациенты с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском требуют пристального внимания лечащих врачей. Достичь целевого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови можно при соблюдении рекомендаций по изменению образа жизни, коррекции коморбидных состояний и применении уратснижающей терапии. ☺

⁶ Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J. 2018; 39 (33): 3021–3104.

⁷ Клинические рекомендации РКО «Артериальная гипертензия у взрослых». М., 2020.

⁸ Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Кисляк О.А. и др. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском. Системные гипертензии. 2019; 16 (4): 8–21.