

ИЗУЧЕНИЕ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ



Таиров Достон Рустамович

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА ЖАМЛАНГАН КОРОНАР ХАВФ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Таиров Достон Рустамович

Самарканд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DEFINITIONS OF METABOLIC SYNDROME AND TOTAL CORONARY RISK IN IGNITION

Tairov Doston Rustamovich

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: med_9454@mail.ru

Резюме. Подагра билан касалланган 80 нафар эркак беморлар текширувдан утказилди (уртача ёш - $52,6 \pm 6,5$ йил, касаллик давомийлиги - $5,4 \pm 2,6$ йил). Подагра билан касалланган ҳамма беморларда жамланган коронар хавф (ЖКХ) аниқланди. Энг кам ЖКХ кўрсаткичи 10% беморларда 5% дан кам микдорни, уртача 35.6% беморларда эса 5-20% кузатилди. Кутилганидек, асосий хавф омиллари ҳамда жамланган коронар хавф уртасида ишончли корреляцион боғлиқлик кузатилди ($r=0,25$, $p>0,05$, ҳамма ҳолатда). Паст ЖКХ мавжуд беморлар, юқори ЖКХ мавжуд беморлардан подаграни оғирлик даражасини пастлиги билан аниқ ажралиб турди. Подаграда ЖКХ асосий хавф омиллари даражаси ва касалликнинг оғирлик даражасига тугри пропорционал равишда ошиб боради.

Калим сўзлар: подагра, буйрак етишимовчилиги, метоболик синдром, липид спектр, коптокчалар филтрацияси тезлиги.

Abstract: We examined 80 patients (mean age - 52.6 ± 6.5 years, duration of the disease - 5.4 ± 2.6 years) with male gout. The total coronary risk (TFR) was determined in all patients with gout. Low TFR less than 5% was observed only in 9 10% patients, and the average 5-20% was observed in 35.6% patients. As expected, there was a statistically significant correlation between the number of main RF and TFR values ($r = 0.25$, $p > 0.05$, in all cases). Patients with low TFR significantly differed from patients with high TFR in terms of the main clinical characteristics reflecting the severity of gout. In gout, the TFR value correlates with the number and severity of the main risk factors and indicators reflecting the severity of the disease.

Key words: gout, kidney damage, metabolic syndrome, lipid spectrum, glomerular filtration rate.

Актуальность: Подагра в настоящее время обусловлена неуклонным ростом распространенности заболевания среди лиц работоспособного возраста и случаев инвалидности среди них [4,8,10]. Установлено, что почти 70% пациентов с подагрой имеют более двух ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний [2], например, таких как дислипидемия, АГ, СД типа 2, инсулинорезистентность, ожирение [7,11]. Значение суточного мониторирования артериального давления в диагностике артериальной гипертензии у больных подагрой [3,5,6,9]. При этом, сочетание нескольких, даже умеренно выраженных, кардиоваскулярных ФР прогностически более неблагоприятно, чем

существенное нарастание одного кардиоваскулярного фактора [1].

Проблема взаимоотношений подагры с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, структурных изменений миокарда с его функциональными характеристиками до сих пор остается актуальной, так же как и вопрос о влиянии на структуру и функцию миокарда характера течения заболевания.

Цель работы. У больных подагрой оценивать показатели метаболического синдрома и суммарного коронарного риска для проведения своевременных профилактических мер и преду-

преждения развития сердечно сосудистых катастроф.

Материал и методы. Было обследовано 80 больных (все мужчины) в возрасте 28-65 лет (в среднем $50,5 \pm 1,6$ лет) с продолжительностью заболевания от 6 месяцев до 18 лет (в среднем $9,4 \pm 1,7$ лет). Все пациенты были с признаками воспаления суставов: 42,8% - острым, 22,3% - затяжным, 37,5% - хроническим вариантом подагрического артрита. У каждого четвертого больного были обнаружены подкожные тофусы (26,5%). Наиболее часто был обнаружен артрит плюснефалангового сустава большого пальца стопы (51,0%), суставы стопы, голеностопные и коленные имели меньшую степень поражения 28,6%, 24,5% соответственно. Поражение одного сустава было диагностировано у 30,6%, до трех суставов - у 37,4%, более трех суставов - у 32,0% пациентов. Все пациенты были с первой (63,2%) и второй (36,7%) степенью недостаточности функции суставов.

Обследование включало определение показателей суставного синдрома, массы тела, индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии. Из лабораторных показателей проведено определение в липидного спектра крови, мочевой кислоты (МК).

Для определения суммарного коронарного риска (СКР) были использованы алгоритм, рекомендованный ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, и компьютерная программа HeartScore 3.1 (European Society of Cardiology, 2007). Составляющими этой модели являются: пол, возраст, ХС, ХСЛПВП, курение, уровень САД в зависимости от наличия или отсутствия гипотензивной терапии. Определение СКР проводилось по итоговой оценке условных единиц имеющихся ФР, при этом определенной сумме единиц соответствует определенный процент СКР. Соответственно СКР < 20% - как низкий риск ИБС в ближайшие 10 лет. При наличии у пациента дополнительных ФР (СД, уровень ТГ в сыворотке крови больше 2,3 ммоль/л ИМТ ≥ 25 кг/м², ИБС или другие атеросклеротические заболевания у близких родственников (мужчин моложе 55 лет, женщин моложе 65 лет) СКР, согласно используемой модели, увеличивался в 2 раза. Наличие клинических признаков ИБС у самого пациента оценивалось как +20% к суммарному риску острых осложнений ИБС.

Результаты и обсуждение. ИМТ больных ПА варьировал от 19 до 38. Согласно рекомендациям ВОЗ у 13 (29,54%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (18,5-24,9), у 18 (40,9%) - избыточной массе тела (25-29,9, предожирение), у 8 (18,18%) - ожирению первой

степени (30-34,9) и у 5 (11,36%) - ожирению второй степени (35-40).

Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 47,77% больных: у 30,5% - ожирение I и II степени, у 26,54% - артериальная гипертензия и у 12,22% - СД 2 типа. У 32,61% больных выявлена одна клиническая форма МС, у 12,22% - сочетание двух форм (АГ и ожирение II степени - у 8,2%, АГ и СД 2 типа - у 4,1%), у 4,1% - сочетание трех форм (АГ, ожирение II степени и СД 2 типа). У 23 пациентов (52,20%) не были выявлены клинические формы МС.

При подагре наблюдалось повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. Содержание общих липидов варьировалось от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание составило - $8,55 \pm 0,03$ г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% - выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных с клиническими признаками МС уровень общих липидов ($9,60 \pm 0,04$ г/л) была в 1,28 раза выше чем у больных без клинических признаков МС ($7,50 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,02$).

Содержание холестерина при подагре составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем - $7,2 \pm 0,05$ ммоль/л): у 34,7% больных - 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% - 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% - выше 8,0 ммоль/л (высокий риск развития МС). У больных с основными клиническими факторами МС (ожирения, АГ и СД 2 типа) среднее содержание холестерина составила - $8,6 \pm 0,7$ ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС ($6,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $P < 0,05$).

Увеличение содержания общих липидов, холестерина была связана со степенью увеличения уровня мочевой кислоты ($r = 0,70$; $r = 0,50$), продолжительностью подагры ($r = 0,70$; $r = 0,60$). Снижение скорости клубочковой фильтрации сопровождалось повышением содержания общих липидов и холестерина ($r = -0,50$; $r = -0,40$).

Низкий СКР (менее 5%) имел место только у 8 (10%) больных, а средний (5-20%) наблюдался у 28 (35%) пациентов. Большинство пациентов (55%) имели высокий кардиоваскулярный риск (СКР > 20%), несмотря на то, что почти 52% больных были моложе 55 лет. Из них значение кардиоваскулярного риска от 20 до 30% имели 14 (17,5%) больных, от 30 до 40% - 14 (17,5%), больше 40% - 16 (20,0%) пациентов (рис. 1).

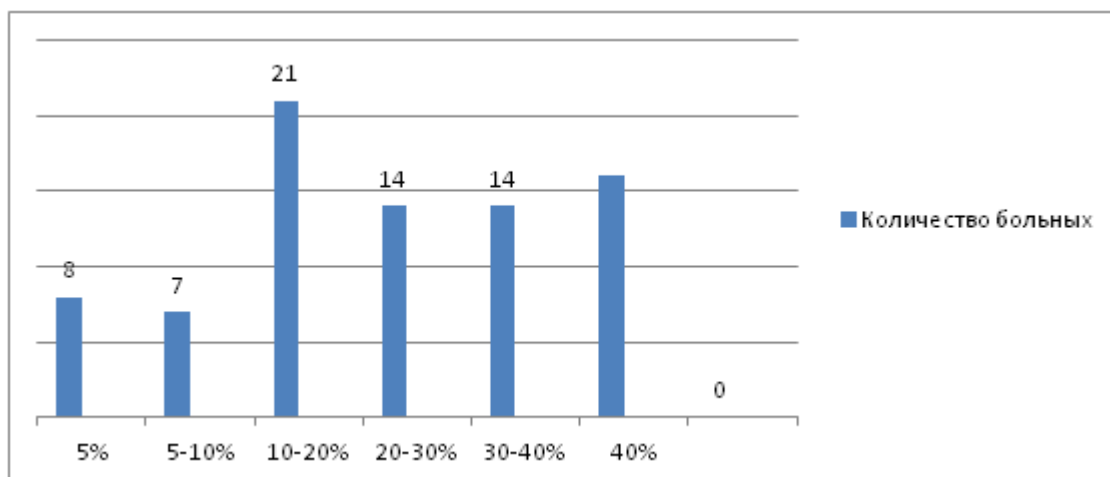


Рис. 1. Значения кардиоваскулярного риска у больных подагрой (n=80)

Таблица 1. Факторы риска у больных подагрой в зависимости от значения СКР

Факторы риска	KX<20% (n=36)	KX≥20% (n=44)	P
Основные ФР			
Возраст, год	50,5±7,5	58,2±8,8	<0.001
Курения, n(%)	1 (2.7%)	10 (22.7%)	Нд
САД, мм.рт.ст	142,1±14,5	158,2±15,6	<0.001
ХС, ммоль/л	6,9 (4,8; 8,7)	6,6 (3,7; 9,0)	Нд
ХСЛПВП, моль/л	1,4 (0,7; 2,6)	1,3 (0,7; 2,5)	Нд
Дополнительные ФР			
ИМТ, кг/м ²	29.1±4.3	29.9±4.3	Нд
ТГ, моль/л	2.89(1.25; 4.41)	2,71(1,31; 6,0)	Нд
СД 2 тип, n(%)	7(19,44%)	11 (25%)	Нд
Семейный анамнез по ИБС, n(%)	9 (25%)	20 (45,45%)	Нд

Таблица 2. Клинико-биохимические характеристики больных подагрой разных возрастных групп

Показатели	I (n=3)	II (n=28)	III (n=35)	IV (n=10)	V (n=4)
ИМТ, кг/м ²	25,8±2,16	26,7±1,96	27,7±2,9	27,9±2	30,6±1,4
САД мм.рт.ст	150,0±21,6	148,5±21,5	152,2±22,2	163,3±16,0	147,0±22,2
ХС, моль/л	7,3[6,9; 7,6]	7,0[6,8; 7,5]	7,54[7; 8]	6,74[5,9; 7,8]	7,17[7; 7,43]
ХСЛПВП, моль/л	2,12[1,95; 2,3]	1,99[1,88; 2,2]	1,99[1,86; 2,2]	1,88[1,76; 2,0]	1,98[1,94; 2,02]
Глюкоза ммоль/л	6,0[5,8; 7,4]	5,7[4,9; 7]	6,9[6,3; 7,6]	6,8[5,8; 8]	7[6,2; 8]
ТГ, ммоль/л	3,6[2,9; 4,4]	3,1[3; 3,4]	3,4[3; 3,4]	3,2[3; 3,4]	3,2[2,6; 5]
МК, мкмоль/л	628±74	595±54	605±71	549±81	620±56

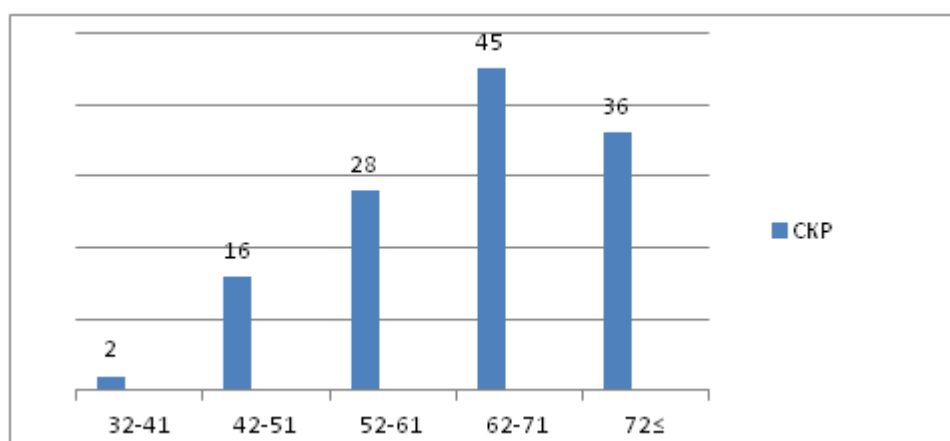


Рис. 2. Связь между уровнем СКР и возрастом больных подагрой

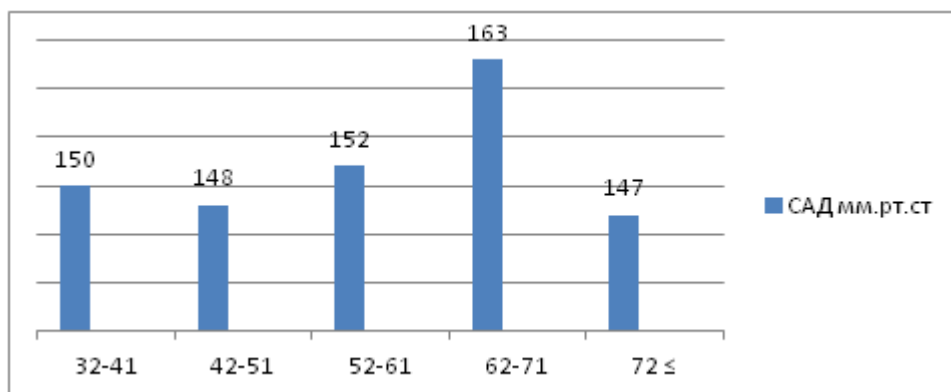


Рис. 3. Связь между уровнем САД и возрастом больных подагрой

Таблица 3. Клиническая характеристика больных подагрой в зависимости от значения СКР

Показатели	КХ>20% (n=36)	КХ≥20% (n=44)	P
Длительность болезни, год	4,6 [1,1; 6,2]	10,2 [4,2; 15,4]	<0,001
Возраст больного начале болезни	45,7±8,2	47,7±10,0	<0,001
Количество пораженных суставов за все время болезни, n	6,6 [4,1; 8,0]	7,0 [4,0; 10,0]	<0,05
Число атак артрита за последний год болезни, n	2,0 [1,0; 4,0]	3,0 [2,0; 6,0]	<0,05

Как и ожидалось, была выявлена статистически достоверная корреляция между числом основных факторов риска и значениями СКР ($r=0,25$, $p=20\%$). Так, например, при наличии одного основного фактора риска, СКР составил 11% (2-29%), при двух - 22% (2-50%), при трех и более - 31% (10-50%). У больных, не имеющих повышенных показателей ни по одному из основных факторов риска, уровень СКР составлял 5% (2-16%). В зависимости от значений СКР, больные были разделены на 2 группы: первую составили больные с низким СКР (20%). Больные, страдающие ИБС и/или СД типа 2, вошли во вторую группу. В таблице 1 представлены показатели основных и дополнительных факторов риска в сравниваемых группах больных.

Как видно из таблицы 1, пациенты второй группы были старше по возрасту и имели достоверно высокие показатели уровня САД и ИМТ.

Сывороточный уровень МК в группе больных с низким СКР составил $594,6 \pm 110,3$, а в группе больных с высоким СКР - $572,9 \pm 114,8$ мкмоль/л ($p=0,08$).

Учитывая большой вклад возраста пациентов в СКР, был проведен специальный анализ распределения СКР в различных возрастных группах (таблица 2, рис. 2 и 3). Больные были распределены на возрастные группы по десятилетиям. В I группу вошли пациенты в возрасте от 32 до 41 года ($n=3$), во II - от 42 до 51 года ($n=28$), в III - 52 до 61 года ($n=35$), в IV - от 62 до 71 года ($n=10$) и в V - больные в возрасте 72 лет и старше ($n=4$).

Установлено, что с каждым десятилетием значительно повышается значение СКР, особенно, начиная с пятого десятилетия жизни ($p=0,05$,

во всех случаях). С возрастом отмечалось некоторое снижение уровня ТГ в сыворотке крови больных подагрой. Эти данные свидетельствуют о том, что риск развития сердечно-сосудистой патологии характерен для пациентов не только пожилого, но и молодого возраста.

Особый интерес представляет изучение связи между значением СКР и основными клиническими характеристиками подагры (табл. 3).

Как видно из таблицы 23, больные с низким СКР достоверно отличались от больных с высоким СКР по основным клиническим характеристикам, отражающим тяжесть подагры. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем СКР, длительностью подагры ($r=0,33$, $p<0,05$).

Выводы:

1. У больных подагрой наиболее часто встречающимися основными факторами риска КВЗ являются АГ, снижение уровня ХСЛПВП, повышение уровня ХС, а дополнительными факторами - увеличение ИМТ и гипертриглицеридемия, которые имеют связь с вариантом клинического течения заболевания.

2. Больные с низким СКР достоверно отличались от больных с высоким СКР по основным клиническим характеристикам, отражающим тяжесть подагры. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем СКР, длительностью подагры ($r=0,33$, $p<0,001$) и количеством пораженных суставов ($r=0,40$, $p<0,001$).

3. При подагре значение СКР коррелирует с числом и степенью выраженности основных факторов риска и показателями, отражающими тяжесть болезни.

Литература:

1. Ильина А.Е. Подагра, гиперурикемия и кардиоваскулярный риск / А.Е. Ильина, В.Г. Барскова, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2009. - № 1. - С. 56-62. , 209
2. Барскова В.Г., Мукагова М.В. Современные представления о патогенезе и методах коррекции уратного нефролитиаза у больных подагрой. // Современная ревматология 2011. №4. С.39-44.
3. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 288 с.,38
4. Елисеев М.С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры: простые ответы на простые вопросы. // Научно-практическая ревматология. 2014.№52(2). С.141–146.
5. Нематова И.А. Дисметаболические сдвиги у больных подагрой / И.А. Нематова // Сборник материалов V съезда ревматологов России. - М., 2009.-С. 79., 56
6. Е.И. Маркелова, В.Г. Барскова, Е.В. Ильиных, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2010. - № 1. - С. 61-66.,
7. Елисеев М.С. Нарушения углеводного обмена при подагре: частота выявления и клинические особенности / М.С. Елисеев, В.Г. Барскова // Тер. архив. - 2010. - № 5. - С. 50-54.
8. Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П. и др. Эволюция метаболического синдрома: от полиметаболических нарушений к формированию нозологических форм заболеваний. // Клиническая медицина. 2012. №2. С.70-73
9. Шостак Н.А. Подагрический артрит: ранняя диагностика, взаимосвязь с метаболическим синдромом / Н.А. Шостак [и др.] // Системные 112 ревматические болезни и спондилиты : тез. ежегод. науч.-практ. конф. - Москва, 2010.-С. 62.]
10. Якунина И.А. Индекс тяжести подагры. Автореферат дисс., к.м.н. Москва. 2014. 18 С.

Барскова В.Г. Кардиоваскулярный риск у больных подагрой / В.Г. Барскова, Е.В. Ильиных, Е.Л. Насонов, М.С. Елисеев // Ожирение и метаболизм. - 2006. - Т. 8, № 3. - С. 40-44.

ИЗУЧЕНИЕ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Таиров Д.Р.

Резюме. Нами было обследовано 80 больных (средний возраст - $52,6 \pm 6,5$ лет, длительность болезни - $5,4 \pm 2,6$ лет) подагрой мужского пола. У всех больных с подагрой определяли показатели суммарного коронарного риска (СКР). Низкий СКР менее 5% имел место только у 10% больных, а средний 5-20% наблюдался у 35,6% пациентов. Как и ожидалось, была выявлена статистически достоверная корреляция между числом основных факторов риска (ФР) и значениями СКР ($r=0,25$, $p>0,05$, во всех случаях). Больные с низким СКР достоверно отличались от больных с высоким СКР по основным клиническим характеристикам, отражающим тяжесть подагры. При подагре значение СКР коррелирует с числом и степенью выраженности основных факторов риска и показателями, отражающими тяжесть болезни.

Ключевые слова: подагра, поражение почек, метаболический синдром, липидный спектр, скорость клубочковой фильтрации.