

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Д. Р. Тоиров, Э. С. Тоиров, Х. Х. Хамраев

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

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

Таянч сўзлар: подагра, буйраклар зарарланиши, метаболик синдром, липид спектри, буйраклар фильтрация тезлиги.

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

При обследовании 49 больных (средний возраст - $50,6 \pm 1,6$ лет, продолжительность заболевания - $9,4 \pm 1,7$ лет) подагрой мужского пола клинические и лабораторные признаки поражения почек выявлены у 65,3%, хронической почечной недостаточности – у 49,0% пациентов. Поражение почек и признаки ХПН чаще выявлялись у больных более старшего возраста, при большом количестве пораженных суставов, тофусов, частых обострениях суставного синдрома и повышении тяжести подагры. Клинические формы метаболического синдрома (МС): I и II степень ожирения диагностированы у 30,6%, артериальная гипертензия - у 26,5% и СД 2 тип - у 12,2% больных. Наличие МС способствует ухудшению состояния почек. Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови сопровождается снижением СКФ ($r = -0,50$; $r = -0,40$).

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШЛАРИ ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ЎЗARO БОГЛИҚЛИГИ

Д. Р. Тоиров, Э. С. Тоиров, Х. Х. Хамраев

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Подагра касаллиги билан касалланган 49 нафар эркак бемор (ўртача ёши - $50,6 \pm 1,6$ йил, касаллик давомийлиги - $9,4 \pm 1,7$ йил) текширилганда 65,3% беморда буйрак зарарланишлари клиник ва лаборатор белгилари, 49% беморда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) аниқланди. Буйрак зарарланишлари ва СБЕ катта ёшдаги беморларда, кўплаб бўғимларнинг зарарланишларида, тофусли подаграда, оғир бўғим синдромида ва подагра оғирлик даражасини ошувида кўп учради. Метаболик синдром (МС) клиник белгилари: I ва II даражали семизлик 30,6%, артериал гипертензия – 26,5% ва қандли диабет 12,2% беморда аниқланди. МС кузатилган беморларда буйрак зарарланишлари кучлироқ ифодаланди. Умумий липидлар ва холестерини ошуви буйраклар фильтрация тезлиги пасайишига олиб келди ($r = -0,50$; $r = -0,40$).

THE RELATIONSHIP OF KIDNEY DISORDERS AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH GOUT

D. R. Toirov, E. S. Toirov, H. H. Hamraev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The 49 patients was examinationed (mean age - 50.6 ± 1.6 years, duration of the disease - 9.4 ± 1.7 years), male and gout showed clinical and laboratory signs of kidney damage in 65.3%, chronic renal failure - in 49.0% of patients. Kidney damage and signs of CKD were more commonly detected in patients with older age, with a large number of affected joints, tophi, frequent exacerbations of the articular syndrome and increased severity of gout. Clinical forms of metabolic syndrome (MS): I and II degrees of obesity were diagnosed in 30.6%, arterial hypertension in 26.5%, and type 2 diabetes in 12.2% of patients. The presence of MS contributes to the deterioration of the kidneys. The degree of increase in total lipids and cholesterol in serum is accompanied by a decrease in GFR ($r = -0.50$; $r = -0.40$).

Актуальность подагры в настоящее время обусловлена неуклонным ростом распространенности заболевания среди лиц работоспособного возраста и случаев инвалидности среди них [Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П., 2012; Елисеев М.С., 2014; Якунина И.А., 2014]. Одной из тяжелых осложнений подагры является подагрическая нефропатия, которая обнаруживается у 1/3- 2/3 пациентов [Барскова В.Г., Мукагова М.В., 2011; Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнаренко Н.Н., Витковский Ю.А., 2011]. Нарушение функциональной способности почек, в свою очередь способствует развитию метаболического синдрома [Польская И.И., Марусенко И.М., 2011; Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А., 2014; Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадянов И.В., 2014]. Однако, до сих пор, в современной лите-

ратуре, мало сведений о взаимосвязи нарушений функционального состояния почек, метаболического синдрома с другими клинико-лабораторными признаками тяжести подагры.

Цель работы. Выявить степень взаимосвязи функциональных нарушений почек у больных подагрой с тяжестью болезни и клинико-лабораторными признаками метаболического синдрома.

Материал и методы. Было обследовано 49 больных (все мужчины) в возрасте 28-65 лет (в среднем $50,6 \pm 1,6$ 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: 42,9% - острым, 22,4% - затяжным, 37,4% - 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). Вычислялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы Cockcroft- Gou. Расчет индекса тяжести подагры проводился по методу И.А. Якунина (2014). Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. По нашим данным частота поражения почек у пациентов с подагрой составила 65,3%, уролитиаза - 10,2%. Возраст больных с признаками поражения почек ($55,0 \pm 3,2$ лет) были достоверно выше чем пациентов без почечного поражения ($47,0 \pm 3,0$ лет, $P < 0,05$). У пациентов с поражением почек было характерно полиартикулярное поражение ($5,0 \pm 0,2$ против $3,0 \pm 0,7$ штук, $P < 0,05$). У пациентов с поражением и без поражения почек частота тофусов была соответственно 38,0 и 16,0%, число артрита за год - $4,0 \pm 0,3$ и $2,0 \pm 0,1$ раз ($P < 0,05$), продолжительность последнего обострения - $4,0 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 0,1$ недель ($P < 0,02$). У больных с поражением почек индекс тяжести подагры составил $4,0 \pm 0,2$ б, что было достоверно выше, чем у пациентов без почечного поражения ($2,3 \pm 0,2$ б, $P < 0,05$).

Тяжелое осложнение поражение почек - хроническая почечная недостаточность (ХПН) была обнаружена у каждого второго больного с подагрой (49,0%), для которой были характерны старший возраст, большое количество пораженных суставов и высокий показатель индекса тяжести подагры.

СКФ в среднем составила $91,0 \pm 9,0$ мл/мин и снижалась по мере увеличения продолжительности подагры. У пациентов с продолжительностью подагры до 5 лет, 5-10 лет и более 10 лет составила соответственно - $99,0 \pm 3,0$, $91,0 \pm 2,0$ и $86,3 \pm 5,8$ мл/мин ($P_{1,2} < 0,05$; $P_{1,3} < 0,02$). Анализ корреляций СКФ с лабораторными показателями выявил статистически значимую прямую корреляцию между СКФ и уровнем гемоглобина ($r = 0,5$) крови и не прямую корреляцию СОЭ ($r = -0,4$).

ИМТ больных ПА варьировал от 19 до 38. Согласно рекомендациям ВОЗ у 14 (28,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (18,5-24,9), у 20 (40,8%) - избыточной массе тела (25-29,9, предожирение), у 9 (18,4%) - ожирению первой степени (30-34,9) и у 6 (12,2%) - ожирению второй степени (35-40).

Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных: у 30,6% - ожирение I и II степени, у 26,5% - артериальная гипертензия и у 12,2% - СД 2 типа. У 32,6% больных выявлена одна клиническая форма МС, у 12,2% - 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 25 пациентов (51,0%) не были выявлены клинические формы МС.

При подагре наблюдалось повышение показателей липидного профиля - лаборатор-

ных 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 ($r=-0,50$; $r=-0,40$).

Таким образом, при подагре поражение почек и метаболический синдром являются взаимосвязанными звеньями общего патогенеза заболевания. Взаимосвязь этих поражений особенно выражены у больных более старшего возраста, при олиго- и полиартритах, подкожных тофусах, частых обострениях суставного синдрома и увеличении индекса тяжести подагры. Степень повышения общих липидов и холестерина сопровождается со степенью снижения СКФ. Вышеуказанные изменения почечных функций и наличие МС у больных подагрой обуславливает проведения комплексного обследования азотовыделительной, урикозурической функции почек, клинических и лабораторных признаков МС в ранних этапах подагры.

Использованная литература:

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Основные факторы полового диформизма подагры (эстрогены и диуретики по сравнению с алкоголем и генетикой). // Терапевтический архив. 2011. №5. С.57-61.
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. Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца. // Тер. архив. 2014. №3. С.106-109.
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. Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадянов И.В. и др. Гормональные аспекты формирования ожирения и метаболического синдрома в этнических группах (на примере популяции Чувашской Республики). // Тер. архив. 2014. №5. С.73-77.
6. Польская И.И., Марусенко И.М. Изучение взаимосвязи подагры и метаболического синдрома. // Современная ревматология. 2011. №2. С.20-25.
7. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.
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. Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнарченко Н.Н., Витковский Ю.А. Показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у пациентов с первичной подагрой // Сибирский медицинский журнал г. Иркутск. 2011. №2. С. 54-56.
10. Якунина И.А. Индекс тяжести подагры. Автореферат дисс., к.м.н. Москва. 2014. 18 с.