

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

И.И. СУЛТОНОВ, Э.С. ТОИРОВ, Н.Н. ИШАНКУЛОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН КЕЧУВЧИ ПОДАГРА КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

И.И. СУЛТОНОВ, Э.С. ТОИРОВ, Н.Н. ИШАНКУЛОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CLINICAL CHARACTERISTICS OF GOUT, COMBINED WITH METABOLIC SYNDROME

I.I. SULTONOV, E.S. TOIROV, N.N. ISHANKULOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Подагра касаллиги билан касалланган 49 бемор эракнинг (ўртача ёши - $50,6 \pm 1,6$ йил, касаллик давомийлиги - $9,4 \pm 1,7$ йил) антропометрик кўрсаткичлари, қон зардобининг липид спектри асосий касалликнинг клиник ва лабораторик кўрсаткичларига боғлиқ равишда ўрганилди. Метаболик синдромнинг (МС) 3 та асосий клиник факторлари – семизлик, артериал гипертензия, қандли диабет 49,3% беморларда учради. Дислипидемия, гиперхолестеринемия, паст ва жуда паст зичликдаги липопротеинлар холестерини микдорини қупайиши 60,0-67,3% ҳолатда аниқланди. МС аниқланган беморларда уролитиаз, оёқлар фаолиятини бузилиши, зарарланган бугимлар сони, тери ости тофуслар сони, охириги 1 йилдаги артрит частотаси, охириги артрит хуружи давомийлиги ва подагранинг оғирлик индекси кўрсаткичлари МС аниқланмаган беморлар кўрсаткичидан баланд бўлди. Қон зардобода умумий липидлар ва холестерин микдорини ошуви гиперурикемия даражасига ва касаллик давомийлигига боғлиқ бўлди.

Калит сўзлар: *подагра, метаболик синдром, липид кўрсаткичлари, гиперурикемия.*

In 49 patients (mean age - 50.6 ± 1.6 years, duration of disease - 9.4 ± 1.7 years) male gout were investigated anthropometric data, lipid profile, depending on the extent of the clinical and laboratory parameters. It has been established that the basic 3 clinical factors of the metabolic syndrome - obesity, hypertension, diabetes mellitus occurs in 49.3% of patients with gout. Dislipidemiya, hypercholesterolemia and increase in low density lipoprotein and very low density detected in 60.0-67.3% cases. In patients with urolithiasis frequency, severity of the violation rate of lower limb function, the number of affected joints, the number of subcutaneous tophi, arthritis incidence in the last year, the duration of the latest exacerbation and severity of gout own index higher than that of patients without metabolic syndrome. The degree of hyperuricemia and duration of the disease have a direct correlation with the degree of increase of total lipids and cholesterol in the blood serum.

Key words: *gout, metabolic syndrome, lipid profile, hyperuricemia.*

Гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе и инсулинорезистентность, сочетающиеся с артериальной гипертензией (АГ) составляют метаболический синдром [3,4,7,8,9]. Подагра, заболевание обусловленное нарушением пуринового метаболизма, гиперурикемией, также сопровождается основными клиническими и лабораторными признаками МС – гиперхолестеринемией, АГ, ожирением и сахарным диабетом (СД) 2 типа [1,2,5,6]. Однако, особенности изменений клинических, лабораторных симптомов и функциональных показателей суставов у больных подагрой с сопутствующим МС изучены недостаточно.

Материал и методы. Были обследованы 49 больных подагрой мужского пола. Возраст больных в среднем составил - $50,6 \pm 1,6$ лет, продолжительность заболевания - $9,4 \pm 1,7$ лет. Обследование включало определение антропометрических показателей: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). Взятие крови на исследование липидного спек-

тра производилось после 14-часового голодания. Определяли содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) энзиматическим колориметрическим методом наборами фирмы "Витал Диагностикум", общие липиды (ОЛ) набором фирмы "Лахема", АО, БРНО Чешской республики, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по W. Friedwald et. al., ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) по формуле (содержание ТГ/5).

Результаты и обсуждение. На момент включения в исследование у всех пациентов были выявлены признаки артрита, вариант которого определялся по наибольшей длительности последнего обострения за истекший год. Так, острый вариант подагрического артрита (длительность обострения не более 3-х недель) был отмечен у 42,9%, затяжной (длительность обострения от 3-х до 12-ти недель) – у 22,4% и хронический (артрит длительностью более 3-х месяцев) – у 34,7% пациентов. Тофусы были обнаружены у 26,5% больных. Поражение

плюснефалангового сустава большого пальца стопы было обнаружено у 51%, суставов стопы - у 28,6%, голеностопных и коленных - у 24,5% больных. У 30,6% больных поражение суставов имело моноартикулярный характер, у 69,4% - олигоартритический. У 63,2% больных была обнаружена I, у 36,7% - II степень функциональной недостаточности суставов. Частота уролитиаза у обследованных больных составила 65,3% (n=32), при этом клинические признаки, включая почечную колику в анамнезе, отмечались у 10,2% (n=5) из них. 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). Для оценки тяжести нарушения функции нижних конечностей (НФНК) использовался интегральный показатель, который вычисляется как среднее арифметическое значение от величины 6 экспертных признаков - передвижение, дополнительная опора, выполнение бытовых функций, самообслуживание, пользование общественным транспортом, выполнение профессиональных обязанностей. НФНК более 20% расценивается как тяжелое и соответствует III и более группам инвалидности (в соответствии с экспертными оценками ВТЭК). По степени тяжести нарушения функции нижних конечностей у 20 (40,8%) больных соответствовал - 0-20%, у 19 (38,8%) больных - 21-40%, у 10 (10,4%) больных - 41-60%. Среди больных ПА основные 3 клинические фактора МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных (первая группа): 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% - трех форм (АГ, ожирение II степени и СД 2 типа). Вторую группу составили больные (25 пациентов) без клинических форм МС. При ПА наблюдались повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. Так, у больных ПА содержание общих липидов составило от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание - $8,55 \pm 0,03$ 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 первой группы уровень общих липидов ($9,60 \pm 0,04$ г/л) был в 1,28 раза выше, чем у больных второй группы ($7,50 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,02$).

Содержание холестерина при ПА 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 (ожирение, АГ и СД 2 типа) среднее содержание холестерина составило - $8,6 \pm 0,7$ ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС ($6,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $P < 0,02$). Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови имела прямую коррелятивную связь со степенью гиперурикемии ($r = 0,65$; $r = 0,54$) и давностью заболевания ($r = 0,72$; $r = 0,62$). При ПА уровень ХС ЛПНП в среднем составил - $4,40 \pm 0,01$ ммоль/л: у 38,8% больных - от 1,8 до 3,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 40,0% больных - от 3,6 до 4,5 ммоль/л (повышенный уровень), у 20,0% больных - выше 4,6 ммоль/л (высокий уровень). Среднее содержание ХС ЛПОНП - $0,49 \pm 0,01$ ммоль/л: у 36,7% больных - от 0,2 до 1,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 61,2% больных - выше 1,6 ммоль/л (повышенный уровень). У больных первой группы содержание ХС ЛПНП ($4,80 \pm 0,02$ ммоль/л) и ХС ЛПОНП ($0,54 \pm 0,03$ ммоль/л) было в 1,20 и 1,22 раза больше, чем у больных второй группы (P_1 и $P_2 < 0,05$). Расчет индекса тяжести подагры (ИТ) осуществлялся по следующей формуле: тофусы (0-нет, 1-есть) + количество тофусов/40 + количество пораженных суставов при осмотре/28 + количество пораженных суставов за все время болезни/28 + количество обострений за последний год/12 + длительность последнего обострения (в неделях)/52 + возраст больного (число полных лет)/65 + уровень мочевой кислоты (ммоль/л)/420 = ИТ (в баллах). Больные с наличием клинических показателей МС были по возрасту старше ($54,6 \pm 3,2$ и $47,1 \pm 2,7$ лет, $P < 0,05$) и имели большее количество пораженных суставов ($4,6 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,7$, $P < 0,02$). Число подкожных тофусов (37,5 и 16,0%), частота артрита за последний год ($3,8 \pm 0,3$ и $2,2 \pm 0,1$ раз, $P < 0,02$), длительность последнего обострения ($3,6 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,1$ неделя, $P < 0,02$) и собственный индекс тяжести подагры ($3,7 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,2$ б, $P < 0,02$) у больных МС были выше, чем у больных без МС. При анамнестическом исследовании больных с гиперхолестеринемией и сопутствующими клиническими факторами МС наиболее часто выявлялись наследственная предрасположенность (наличие у родителей подагры, АГ, ИБС, СД), частые погрешности в питании и отсутствие базисного (аллопуринол,

урикозурические препараты) лечения основного заболевания.

Выводы. Таким образом, подагра, заболевание обусловленное нарушением пуринового метаболизма и гиперурикемией у 49,0% пациентов сопровождается основными клиническими формами МС. Лабораторные признаки МС – дислипидемия, гиперхолестеринемия и повышение ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП выявляются в 60,0-67,3% случаях. Развитие и утяжеление метаболического синдрома связано с основными клиническими признаками подагры. У больных МС частота уролитиаза, показатель тяжести нарушения функции нижних конечностей, количество пораженных суставов, число подкожных тофусов, частота артрита за последний год, длительность последнего обострения и собственный индекс тяжести подагры выше, чем у больных без МС. МС при подагре развивается чаще у больных после 50 лет. Степень гиперурикемии и давность заболевания имеют прямую корреляцию со степенью повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови. Очень часто коморбидное течение подагры и МС обусловлено наследственной предрасположенностью. Включение гиперурикемии в число факторов МС и наличие прямой коррелятивной связи между клинико-лабораторными показателями подагры и МС обуславливает включение подагры к клиническим критериям МС. Можно предположить, что методами профилактики МС при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема, а также своевременное проведение базисного лечения.

Литература:

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Основные факторы полового диморфизма подагры (эстрогены и диуретики по сравнению с алкоголем и генетикой). // Тер. архив. 2011. №5. С.57-61
2. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якушин И.А. О тяжести течения женской подагры. // Тер. архив. 2005. №5. С.58-62.
3. Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца. // Тер. архив. 2014. №3. С.106-109

4. 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
5. Барскова В.Г., Насонова В.А., Коган К.М., Золотарева Г.Д., Кудаева Ф.М.. Подагра диагностика и лечение. Методические рекомендации / Москва: Интел Тек, 2006.- 22 с.
6. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.
7. Симоненко В.Б., Медведев И.Н., Толмачев В.В. Патогенетические аспекты артериальной гипертензии при метаболическом синдроме. // Клин. мед. 2011. №1. С.49-50
8. Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П. и др. Эволюция метаболического синдрома: от полиметаболических нарушений к формированию нозологических форм заболеваний. // Клин. мед. 2012. №2. С.70-73
9. Хурс Е.М., Андреев П.В., Поддубная А.В. и др. Вегетативный дисбаланс в патогенезе метаболического синдрома. // Клин. мед. 2010. №6. С. 39-42.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

И.И. СУЛТОНОВ, Э.С. ТОИРОВ,
Н.Н. ИШАНКУЛОВА

У 49 больных подагрой мужского пола были исследованы антропометрические данные, липидный спектр крови в зависимости от степени развития клинических и лабораторных показателей. Установлено, что основные 3 клинических фактора метаболического синдрома (МС) - ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет встречается у 49,3% больных подагрой. У больных МС частота уролитиаза, показатель тяжести нарушения функции нижних конечностей, количество пораженных суставов, число подкожных тофусов, частота артрита за последний год, длительность последнего обострения и собственный индекс тяжести подагры выше, чем у больных без МС.

Ключевые слова: подагра, метаболический синдром, липидный спектр, гиперурикемия.