

## Гиперурикемия – как фактор сердечно-сосудистого риска

Давид Васильевич Небиеридзе

Received / Поступила: 19.02.2020

Accepted / Принята в печать: 21.02.2020

В течение нескольких лет в России проводится мониторинг частоты выявления гиперурикемии (повышенного уровня мочевой кислоты в сыворотке крови) среди пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующими заболеваниями. О том, насколько важны результаты этой программы, наш корреспондент Наталья Долгушина побеседовала с доктором медицинских наук, руководителем отдела профилактики метаболических нарушений Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины МЗ РФ, членом правления Российского медицинского общества артериальной гипертензии, профессором Давидом Васильевичем Небиеридзе.

**– Давид Васильевич, расскажите, пожалуйста, о значении этой программы.**

– Целью мониторинга было изучение частоты выявления повышенного уровня мочевой кислоты (МК) в реальной клинической практике у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующими заболеваниями. Программа проводилась региональной общественной организацией инвалидов «Здоровье человека» при поддержке компании «ЭГИС-РУС».

Получены данные почти 16 тысяч пациентов из 105 городов Российской Федерации и около 395 лечебных учреждений. До этого в России такие масштабные исследования, раскрывающие реальную картину частоты гиперурикемии у пациентов с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом, заболеваниями суставов, не проводились.

Уникальность программы состоит в том, что уровень МК определяли непосредственно на приеме у врача с помощью портативного биохимического анализатора крови Easy Touch, что позволяло видеть результат анализа на экране прибора в течение 6 секунд. Это помогло объективно оценить частоту гиперурикемий у различных групп пациентов.

Значимость данного наблюдения возрастает с выходом трех важных документов – российских Рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии [1], где наличие гиперурикемии у больных гипертензией официально зафиксировано как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, Консенсуса 2019 г. по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском [2], и клинических рекомендаций по гипертензии у взрослых [3], одобренных Минздравом Российской Федерации (МЗ РФ) и опубликованных в феврале 2020 года.

**– По каким критериям проводился отбор пациентов для мониторинга, и каковы его результаты?**

– Для анализа частоты выявления гиперурикемии были сформированы группы пациентов с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом и болями в суставах. Средний показатель индекса массы тела составил 30,1 у женщин и 29,4 –

у мужчин. Большинство женщин и мужчин имели избыточную массу тела (n=3083 и n=2860, соответственно), либо ожирение 1 степени (n=2782 и n=2180, соответственно).

Наиболее часто гиперурикемия выявлялась у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом – в 69,5% случаев. На втором месте по частоте выявления находятся пациенты с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом – 65,1% случаев. На третьем – в 64,5% случаев – сочетание артериальной гипертензии с болями в суставах.

**– В последние годы активно обсуждается вопрос связи гиперурикемии с развитием некоторых сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Как Вы считаете, гиперурикемия является причиной развития ССЗ или их следствием?**

– Как бы мы ни говорили – предшествует ли гиперурикемия развитию ССЗ или является их следствием, за этим фактором риска надо следить и корректировать его. С учетом имеющихся данных по связи уровня мочевой кислоты с развитием ССЗ можно с большой долей вероятности говорить, что гиперурикемия является серьезным фактором риска развития ССЗ. Кроме того, изучение влияния мочевой кислоты на сосудистую стенку человека показало, что ее повышенный уровень приводит к увеличению свертываемости крови, эндотелиальной дисфункции, которая предшествует развитию атеросклероза. Не случайно в российском Консенсусе 2019 г. по ведению пациентов с гиперурикемией отмечено, что данный фактор риска необходимо рассматривать не только с точки зрения развития заболеваний суставов, но и ССЗ.

**– Какие симптомы отличают артериальную гипертензию в сочетании с гиперурикемией от гипертензии с нормальным уровнем МК?**

– При артериальной гипертензии с повышенным уровнем МК, как и у лиц с гипертензией и нормальной МК, если нет изменений со стороны суставов – симптомов может и не быть. При этом повышенный уровень МК до сих пор находят случайно! По клиническим проявлениям две эти группы одинаковы, но при длительном наличии

гиперурикемии может появиться суставной синдром (артралгии, покраснение, отеки, и т.д.). Худший вариант – когда гиперурикемия приводит к развитию ССЗ, это уже полный симптомокомплекс, который отличается от артериальной гипертонии без повышения уровня МК.

**– Можно ли предупредить развитие гиперурикемии?**

– Конечно, если регулярно определять уровень МК. В клинических рекомендациях по артериальной гипертонии, одобренных МЗ РФ, четко прописано измерять мочевую кислоту всем пациентам с гипертонией в связи с тем, что гиперурикемия является значимым прогностическим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертонии. Надеемся, врачи будут следовать вышеупомянутым рекомендациям.

При выявлении гиперурикемии, даже если она ничем себя не проявляет, врач должен предложить пациенту вести здоровый образ жизни – снизить вес, повысить физическую активность, строго соблюдать рекомендованную в таких случаях диету, ограничить продукты богатые пуринами: жареное мясо, птицу, рыбу, копчености, колбасы, а также алкоголь, и увеличить употребление овощей, фруктов, ягод, зелени, лимонов. Если это не приносит успех, применить медикаментозное лечение.

**– Расскажите, пожалуйста, о медикаментозных методах коррекции гиперурикемии.**

– Сегодня препаратом выбора для снижения уровня мочевой кислоты является аллопуринол. В упомянутом Консенсусе 2019 г. по ведению пациентов с гиперурикемией обращают внимание врачей на коррекцию гиперурикемии аллопуринолом не только с точки зрения лечения заболеваний суставов, но и благоприятного влияния на артериальное давление и снижение риска развития ССЗ.

**– Каковы основные современные подходы к ведению пациентов с повышенным уровнем МК?**

– Важный вопрос. В Консенсусе 2019 г. по ведению пациентов с гиперурикемией описан алгоритм действий врача, предусматривающий 5 шагов. Первый – это определение уровня МК, если он выше 6 мг% (или 360 мкмоль/л), мы имеем дело с гиперурикемией. Второй – выявление сопутствующих заболеваний у пациента с высоким сердечно-сосудистым риском. Третий шаг – необходимо решить, как достичь оптимального контроля гиперурикемии. Целевой уровень мочевой кислоты, к которому нужно стремиться у пациентов с сердечно-сосудистым риском, должен быть ниже 300 мкмоль/л.

Далее идет немедикаментозное лечение – снижение массы тела, повышение физической активности, диета и, безусловно, строгое соблюдение рекомендованного лечения ССЗ.

Хочу заметить, что при сопутствующей терапии ССЗ необходимо учитывать и сочетание рекомендованных препаратов, которые могут по-разному влиять на уровень МК в сыворотке крови. Например, диуретики и ацетилсалициловая кислота в низких дозах его повышают.

Если первые 3 шага не привели к нужным результатам, необходимо перейти к 4-му и начать терапию аллопуринолом в дозе 100 мг/сут с последующей титрацией до 300-600 мг/сут, чтобы достичь целевого уровня МК – 300 мкмоль/л и ниже.

Последний шаг – контроль уровня МК не реже 2 раз в год у пациентов с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, инсультом в анамнезе. В том случае, если один препарат не позволяет достичь целевых уровней, рассматривается комбинация аллопуринола с урикозурическим препаратом.

**– Существует ли взаимосвязь между результатами программы по мониторингу мочевой кислоты и необходимостью определения МК в российских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертонии?**

– Не могу с уверенностью это утверждать, но то, что эти два события закономерно совпали по времени, констатировать можно. Можно также говорить о закономерном совпадении по времени мониторинга мочевой кислоты и появлению Консенсуса 2019. Программа по мониторингу убедительно доказала, что определение МК необходимо проводить у каждого пациента и с артериальной гипертонией, и с метаболическим синдромом, а не только у больных с заболеванием суставов.

Главное сегодня – добиться, чтобы врачи следовали клиническим рекомендациям, которые мы обсуждаем.

**– Почему это так важно?**

– В реальной клинической практике уровень МК определяют только у незначительного количества пациентов с артериальной гипертонией, и это вступает в резкий диссонанс с упомянутыми российскими рекомендациями по артериальной гипертонии и Консенсусом 2019 г. Врачи должны знать эти документы и четко им следовать.

## References / Литература

1. Chazova I.E., Zhernakova J.V. on behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Systemic Hypertension. 2019;16(1):6-31. (In Russ.) [Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертонии. 2019;16(1):6-31]. DOI:10.26442/2075082X.2019.1.190179
2. Chazova I.E., Zhernakova J.V., Kisliak O.A., et al. Consensus on patients with hyperuricemia and high cardiovascular risk treatment. Systemic Hypertension. 2019;16(4):8-21. (In Russ.) [Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Кисляк О.А. и др. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском. Системные гипертонии. 2019;16(4):8-21]. DOI:10.26442/2075082X.2019.4.190686
3. Clinical recommendations "Arterial hypertension in adults" 2020. Developed by specialists of the Russian Cardiology Society. Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation. Published on the website of the Ministry of Health of the Russian Federation on 02.14.2020: <http://cr.rosminzdrav.ru/#1/recommend/687>. (In Russ.) [Клинические рекомендации «Артериальная гипертония у взрослых» 2020. Разработаны специалистами Российского кардиологического общества. Одобрены Научно-практическим советом Минздрава РФ. Опубликованы на сайте МЗ РФ 14.02.2020: <http://cr.rosminzdrav.ru/#1/recommend/687>]