

Вадим МАЗУРОВ:

«По мере хронизации подагры в патологический процесс вовлекаются не только суставы, но и различные органы и системы, которые играют важную роль в жизнеобеспечении человека»

Изменение образа жизни и увеличение ее продолжительности привело к росту распространенности ряда серьезных заболеваний, в т. ч. подагры, развивающейся в результате нарушения обмена мочевой кислоты. Об особенностях этого заболевания, современных возможностях его диагностики и лечения мы решили поговорить с Вадимом МАЗУРОВЫМ, директором НИИ ревматологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, руководителем центра аутоиммунных заболеваний г. Санкт-Петербурга, главным научным консультантом СЗГМУ им. И.И. Мечникова, заведующим кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главным внештатным специалистом по специальности «ревматология» комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и СЗФО, заслуженным деятелем науки РФ, д.м.н., академиком РАН, профессором.

? *Уважаемый Вадим Иванович, в течение последних десяти-летий наблюдается рост частоты случаев подагры во всех индустриальных странах. По имеющимся данным, распространенность этого заболевания в мире находится в пределах от 0,1 до 10%. С чем это может быть связано и какова доля россиян, страдающих подагрой?*

– Подагра широко распространена в мире, в т. ч. в нашей стране. По статистике, этим заболеванием страдают около 1,2% россиян. В то же время повышенный уровень мочевой кислоты, приводящий к развитию подагры, выявлен у 7–8% нашего населения, что предполагает более высокие показатели заболеваемости.

Современному обществу свойственны переизбыток, ограничение двигательной активности, неумеренное потребление некоторых напитков, прежде всего содержащих фруктозу, что приводит к увеличению количества лиц с повышенным уровнем мочевой кислоты в крови. А в результате мы наблюдаем рост распространенности метаболического синдрома, который включает такие состояния и заболевания, как избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, дислипидемия, артериальная гипертензия и подагра.

? *Подагра считается мужской болезнью. Чем это обусловлено?*

– Действительно, значительно чаще болеют мужчины. Это связано с генетическими факторами, влияние которых по-разному проявляется у мужчин и женщин. Но подагра поражает не только мужчин, этим заболеванием нередко страдают и женщины. Соотношение заболевших женщин и мужчин оценивается как 1:5.

? *Каким должен быть уровень мочевой кислоты в норме?*

– Согласно международным нормам, оптимальный уровень мочевой кислоты должен составлять порядка 360 мкм/л. Но этот показатель может варьироваться. В ряде лабораторий в качестве нормы принято считать содержание мочевой кислоты в крови до 400 мкм/л. Однако при данном уровне можно говорить о бессимптомной (асимптомной) гиперурикемии, которая уже после первого приступа острого подагрического артрита переходит в подагру. Даже при исходном уровне мочевой кислоты, превышающем 500 мкм/л, человек не замечает никаких выраженных изменений своего здоровья и не догадывается о возможном развитии заболевания. Бессимптомное



Вадим Мазуров

течение продолжается до тех пор, пока больной не испытает сильный приступ боли, сопровождающийся воспалением и отеком сустава (обычно поражается плюснефаланговый сустав большого пальца стопы). Именно этот симптом является классической «визитной карточкой» подагры и свидетельствует о развитии этого заболевания.

? *Если говорить о гиперурикемии, то насколько опасно это состояние?*

– В последние годы накоплено огромное количество данных, свидетельствующих о связи гиперурикемии, даже асимптомной, с развитием заболеваний сердечно-сосудистой системы. Существует прямая связь гиперурикемии и с развитием ишемической болезни сердца, и с артериальной гипертензией, и с поражением почек (гиперурикемическая нефропатия, мочекаменная болезнь). Следует отметить, что в 2013 г. были подготовлены рекомендации Российской ассоциации терапевтов, кардиологов и нефрологов, которые пришли к консенсусному мнению

о том, что гиперурикемия – это одна из причин развития нефропатии.

? *Долгие годы подагру рассматривали как исключительно суставное заболевание. Каковы современные представления об этой болезни?*

– Подагра напрямую связана с поражением сосудов головного мозга, почек и, конечно, опорно-двигательного аппарата. Таким образом, не только повышение уровня мочевой кислоты, но и периодическое развитие артритов – это и есть подагра. Как уже говорилось, данное заболевание возникает совершенно неожиданно, проявляя себя резкой нарастающей болью в суставе, который опухает. Человек может лечь спать, не ощущая никаких недомоганий, наутро проснуться с острой болью в стопе. Также важно отметить, что подагра может не проявлять себя долгое время после прохождения курса лечения. Болевой синдром купируется после 1–10 дней терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), а затем о подагре забывают на несколько лет, до следующего приступа. Зачастую пациенты самостоятельно справляются с первым приступом и приходят на прием к врачу только, когда он возникает повторно. И тогда уже ставится этот диагноз.

? *Насколько сложно дифференцировать подагру?*

– С одной стороны, клинические проявления подагры достаточно характерны: высокий уровень мочевой кислоты и наличие подагрического артрита. Поэтому буквально со студенческой скамьи врач уже может поставить диагноз подагры. С другой стороны, при подагрическом артрите может произойти «ложное» снижение уровня мочевой кислоты в крови. Некоторые считают, что, если этот показатель в норме, болезнь не развивается. Но это не так, поскольку моноураты натрия продолжают откладываться в суставе, а уровень мочевой кислоты при этом может быть невысоким.

Кстати, не только плюснефаланговый сустав страдает при подагре, она может поражать и другие суставы. Поэтому одним из очень информативных методов, диагностирующих подагру, является определение кристаллов моноуратов натрия в синовиальной жидкости пораженного сустава. Ее мы пунктируем из сустава, когда есть такая возможность. Кристаллы соли хорошо видны в поляризованном микроскопе. Таким образом, диагноз не вызывает сомнений при наличии артрита, повышенного уровня мочевой кислоты в крови и кристаллов моноуратов натрия в синовиальной жидкости.

? *Какие патологические состояния нужно исключить при подозрении на подагру?*

– Существует ряд заболеваний, имеющих сходные с подагрой симптомы. Это множество видов артрита – ревматоидный артрит, вариант псориазического артрита, остеоартрит, микрокристаллические артриты в виде отложений пирофосфата кальция. Чтобы их исключить, при подозрении на подагру необходимо провести дифференциальную диагностику. Взять, к примеру, ревматоидный артрит, а это, как правило, полиартрит, для которого характерно симметричное поражение кистей или стоп. Как и подагра, это заболевание сопровождается болевым синдромом, но, кроме того, на его фоне происходит повышение уровня иммунологических маркеров, таких как ревматоидный фактор или антитела к циклическому цитруллинированному пептиду. В случае псориазического артрита, помимо боли в суставах, наблюдается поражение кожи (псориазические бляшки), а также грубые деформации эпифизов костей суставов, что не встречается при подагре.

Отличаются эти два заболевания от подагры и характером болевого синдрома: он постоянный и очень длительный. Что касается остеоартрита, который в основном локализуется в коленном суставе, тазобедренном суставе или суставах стоп, то ему несвойственна быстро нарастающая

боль, которую испытывает человек, страдающий подагрой. Более того, боль появляется только при нагрузках, что также отличает это заболевание от подагры.

? *Расскажите, пожалуйста, подробнее о том, потребление каких именно напитков и продуктов питания может приводить к развитию заболевания?*

– Одна из самых частых причин повышения уровня мочевой кислоты в крови – чрезмерное потребление пива. Сухие вина тоже могут повышать уровень мочевой кислоты, особенно шампанское. Повышают риск развития подагры и богатые пуринами мясные продукты, копчености, острые блюда, потребление которых способствует отложению солей мочевой кислоты. Однако заболеть можно и вследствие приема некоторых лекарственных препаратов. В частности, повышению уровня мочевой кислоты могут способствовать мочегонные ЛС, прежде всего тиазидные диуретики, которые очень часто назначают пациентам с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью. Аналогичный эффект наблюдается при использовании малых доз аспирина. Но что интересно, большие дозы этого препарата не приводят к повышению концентрации мочевой кислоты в крови. И наконец, назначение цитостатиков при заболеваниях системы крови, различных онкологических патологиях также нередко способствует повышению уровня мочевой кислоты за счет распада клеток крови.

? *Согласно исследованию, проведенному более года назад учеными Кильского университета, наличие обструктивного апноэ сна нередко становится причиной подагры. Как это можно объяснить?*

– У храпящих людей уровень мочевой кислоты повышается не столько из-за апноэ, сколько из-за избыточной массы тела. У многих из них имеются жировые отложения в области груди. Это вариант т.н. синдрома Пиквика, когда на фоне ожирения происходит нарушение дыхания. То есть не апноэ

является причиной повышения уровня мочевой кислоты в крови, а ожирение.

? Какие могут быть последствия при несвоевременном и неадекватном лечении подагры?

– В этом случае начинается хронизация патологического процесса. При высоком уровне гиперурикемии вокруг пораженных суставов откладываются кристаллы солей мочевой кислоты, т.н. тофусы. Эти отложения обезображивают сустав. Тофусы также могут формироваться и на ушах, в носу, в межфаланговых суставах кистей. В данном случае речь может идти о тяжелой тофусной подагре. И чем дольше откладывается лечение, тем больше тофусов формируется в различных тканях и органах, в т.ч. в почках. При этом в почках не только образуются камни, но и поражаются интерстициальные ткани. У больного развивается подагрическая нефропатия – довольно тяжелое заболевание, которое может привести к резкому снижению функции почек, вплоть до хронической болезни. Со временем камни могут откладываться и в желчном пузыре, а гиперурикемия стать причиной формирования артериальной гипертензии и прогрессирования ишемической болезни сердца. Таким образом, по мере хронизации подагры в патологический процесс вовлекаются не только суставы, но и различные органы и системы, которые играют важную роль в жизнеобеспечении человека.

? Каковы общие подходы к лечению подагры? Насколько, по Вашему мнению, важны немедикаментозные методы лечения?

– Эти методы лечения играют очень важную роль. Первое, что нужно сделать, – перестать употреблять газированные и алкогольные напитки, содержащие фруктозу. Чтобы совсем не отказываться от алкоголя, вино и шампанское можно заменить небольшим количеством водки. Кроме того, необходимо бороться с курением (важным фактором риска) и, конечно, с лишним весом, победить который можно с помощью

физических нагрузок и диеты (ее назначают до проведения лекарственной терапии). Из рациона больного следует исключить продукты, в которых содержится большое количество белков животного происхождения, обязательно ограничить количество легкоусвояемых углеводов, а также жиров животного происхождения. Одновременно со снижением массы тела удастся добиться снижения концентрации мочевой кислоты в крови до предельного уровня (как минимум до 380 мкм). Но этот уровень необходимо постоянно поддерживать, занимаясь спортом (ходьба, плавание и др.) или лечебной физкультурой.

Итак, диета, диета и еще раз диета. Причем не только в начале лечения, но и на протяжении всей жизни, потому что подагра, единожды обострившись, навсегда не исчезнет и будет о себе периодически напоминать.

? Когда назначают фармакотерапию и что она включает?

– Фармакотерапию назначают, если все вышеперечисленные методы не дают нужного результата. Кстати, ни в наших, ни в международных рекомендациях нет положений о применении фармакотерапии при бессимптомной гиперурикемии. Предлагается использовать немедикаментозные методы, такие как нормализация массы тела, исключение из рациона продуктов животного происхождения и т.д. Но если они не приводят к нужному результату, некоторые врачи назначают препараты, снижающие уровень мочевой кислоты.

Сегодня в терапии подагры применяется несколько групп ЛС. При развитии подагрического артрита, тяжелого и быстронарастающего, назначают НПВП: эторикоксиб, ацеклофенак, диклофенак, нимесулид, а также колхицин в малых дозах. Если прием этих средств не позволяет получить нужный эффект, назначают глюкокортикоиды, которые вводят внутрисуставно или внутривенно капельно, чтобы купировать приступ. И наконец, врачи иногда прибегают к очищению крови с помощью плазмафереза.

При хронической подагре показаны препараты, снижающие уровень мочевой кислоты в крови, прежде всего аллопуринол – пуриновый ингибитор ксантиноксидазы. Однако если возникают проблемы, связанные с переносимостью этого ЛС, то назначают фебуксостат (Аденурик). Этот препарат относится к непуриновым ингибиторам основного фермента ксантиноксидазы, который принимает участие в синтезе мочевой кислоты. Применяя Аденурик, мы блокируем данный фермент.

Оптимально назначать этот препарат с дозы 40 мг в день и затем титровать ее до 80 мг в день. В качестве дополнительного средства может быть назначен лизинурат – селективный ингибитор резорбции мочевой кислоты.

Но конечно, возможности врачей не ограничены только этими методами. Они могут использовать и другие ЛС – аллопуринол в составе комбинированного препарата, пробенецид и т.д.

? Известно, что фебуксостат могут применять пациенты с хронической почечной недостаточностью (ХПН) легкой и средней степени тяжести. Кроме того, он не ассоциируется с его прогрессированием. Насколько весомы данные преимущества?

– То, что фебуксостат можно применять у пациентов с ХПН легкой и средней степени тяжести, очень важно, поскольку подагра сопряжена с развитием подагрической нефропатии. Но при тяжелых стадиях ХПН ни один из этих препаратов – ни фебуксостат, ни аллопуринол – не применяют. Если же сравнивать эти два препарата между собой, то преимущество фебуксостата состоит в том, что в отличие от аллопуринола он показан пациентам с легкими и умеренными нарушениями функции почек. Но главное, что 80 мг фебуксостата тождественны по своей эффективности 300 мг аллопуринола.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»

