

ГИПЕРУРИКЕМИЯ ОТ А ДО Я

4 декабря 2021 г. при организационной поддержке ООО «ЭГИС-РУС» прошел научный саммит «Гиперурикемия от А до Я» в онлайн-формате.

Спикерами и модераторами саммита выступили эксперты Российского медицинского общества по Артериальной гипертензии (РМОАГ): Кисляк О.А., Жернакова Ю.В., Миронова О.Ю., Блинова Н.В., во главе с президентом РМОАГ Чазовой И.Е., а также на прямой связи из Италии выступил специальный гость, профессор, руководитель кафедры сердечно-сосудистых заболеваний университета г. Болонья – Клаудио Борги.

В саммите приняли участие более 50 экспертов в области кардиологии из регионов России.

Актуальность темы обусловлена наличием доказанной связи между гиперурикемией и повышением общей и сердечно-сосудистой смертности.

HYPERURICEMIA FROM A TO Z

An online scientific summit “Hyperuricemia from A to Z” supported by EGIS-RUS LLC was held on December 4, 2021.

The following experts of the Russian Medical Society on Arterial Hypertension (RMSAH) were the speakers and facilitators of the summit: Kislyak O.A., Zhernakova Yu.V., Mironova O.Yu., Blinova N.V., headed by the President of the RMSAH Chazova I.E. as well as a special guest from Italy, Claudio Borghi, Professor, Head of the Department of Cardiovascular Diseases of the University of Bologna.

More than 50 experts in the cardiology area from different regions of Russia participated in the summit.

Relevance of the topic is confirmed by the proved association between hyperuricemia cardiovascular mortality.

Ряд обновленных рекомендаций по лечению сердечно-сосудистых заболеваний выделили гиперурикемию в качестве независимого фактора сердечно-сосудистого риска. Вместе с тем гиперурикемия также остается основным этиологическим фактором в патогенезе подагры. В клинических рекомендациях, одобренных Научно-практическим Советом Минздрава РФ «Артериальная гипертензия (АГ) у взрослых» указано, что всем пациентам с АГ для выявления гиперурикемии рекомендуется исследование уровня мочевой кислоты (МК) в крови, так как уровень МК является значимым прогностическим фактором при АГ, а также доказана связь между гиперурикемией и повышением сердечно-сосудистой смертности.

В последнее время значительное число эпидемиологических и экспериментальных исследований показало, что гиперурикемия и подагра тесно связаны с АГ, метаболическим синдромом, хронической болезнью почек и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В исследовании NHANES-III было показано, что число пациентов с бессимптомной гиперурикемией в 8 раз выше, чем с подагрой.

По данным польского исследования 2021 года, частота гиперурикемии увеличивается с возрастом, достигая 30,5% у мужчин и 33,7% у женщин в возрасте 90 лет и старше. Самыми выраженными факторами риска гиперурикемии были хроническая болезнь почек, ожирение, сердечная недостаточность, гипертриглицеридемия и использование диуретиков.

В Роттердамском исследовании, в которое вошли 4385 человек старше 55 лет без инфаркта миокарда и инсульта в анамнезе, в результате наблюдения на протяжении более 8 лет, было продемонстрировано, что мочевая кислота является значимым фактором риска развития инфаркта миокарда и инсульта.

Поэтому важно не только установить диагноз (Код МКБ: E79.0 Гиперурикемия без признаков воспалительного артрита и подагрических узлов), но и контролировать уровень МК.

Основная задача терапии гиперурикемии заключается в снижении уровня МК в сыворотке крови, что достигается путем модификации образа жизни (в том числе диеты и возможной коррекции текущей медикаментозной терапии), а также назначением ингибиторов ксантиноксидазы.

Согласно Европейскому Консенсусу экспертов по диагности-

ке и лечению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском: обновление 2021 года, которые были представлены одним из авторов, профессором К. Борги, оптимальный целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке крови должен составлять 6 мг/дл (360 мкмоль/л). Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови следует контролировать на регулярной основе и поддерживать на уровне <6 мг/дл, а у пациентов с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском МК должна быть <5 мг/дл (300 мкмоль/л).

Таким образом, задача терапии гиперурикемии состоит в снижении концентрации МК в сыворотке крови уратснижающими препаратами, главным образом, аллопуринолом, до достижения целевых значений, которые необходимо поддерживать пожизненно для снижения риска сердечно-сосудистых катастроф.

При умеренной/тяжелой степени бессимптомной гиперурикемии по мнению экспертов Европейского общества по АГ необходимо сразу рассмотреть назначение медикаментозной терапии.

Аллопуринол рекомендуется в качестве первой линии уратснижающей терапии в соответствии с большинством рекомендаций. Наличие у препарата Милурит® (МНН аллопуринол) показания к назначению «все виды гиперурикемии, которые невозможно контролировать диетой», позволяет рекомендовать Милурит® пациентам с бессимптомной гиперурикемией.

Стартовая доза аллопуринола согласно Европейскому Консенсусу 2021 в зависимости от степени выраженности гиперурикемии:

- легкая 6-8 мг/дл — 100–200 мг/сут
- умеренная 8-10 мг/дл — 300–600 мг/сут
- тяжелая >10 мг/дл — 700–900 мг/сут

Необходимо повышать дозу аллопуринола каждые 4 недели, если целевой уровень не достигнут и эффективно титровать дозу до достижения целевого уровня МК.

Ряд исследований продемонстрировали, что высокие дозы аллопуринола значительно эффективнее низких доз. Применение аллопуринола связано с более низкой частотой инсульта и сердечных событий у пожилых людей с АГ, особенно при высоких дозах (>300 мг/сут).

При АГ и гиперурикемии аллопуринол снижал частоту инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома (ОКС). При этом высокие дозы аллопуринола значительно снижали риск развития ОКС и инфаркта миокарда по сравнению с низкими дозами.

Титрация дозы аллопуринола до 600–800 мг/сут позволяла достичь более выраженного снижения уровня МК в плазме и снизить риск развития сердечно-сосудистых событий.

Эксперты отметили, что несмотря на накопленные данные о негативном влиянии высокого уровня МК на исходы сердечно-сосудистых заболеваний, в РФ до сих пор отсутствуют рекомендации по лечению бессимптомной гиперурикемии, в особенности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска их развития, а также низкую информированность врачей первичного звена о негативном влиянии бессимптомной гиперурикемии и необходимости ее коррекции. Поэтому крайне важно проводить обучение врачей первичного звена с объяснением алгоритма ведения больных с гиперурикемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Во время дискуссии эксперты также обсудили необходимость дальнейшего изучения сочетания гиперурикемии с различными заболеваниями (ИБС, мультифокальный атеро-

склероз, сахарный диабет и т.д.) в связи с наличием большого количества пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидными состояниями.

Полный список литературных источников находится в издательстве и может быть предоставлен по запросу.

Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Милурит® (таблетки). Регистрационное удостоверение ЛП-№(000082)-(РГ-РУ) от 14.10.2020.

ООО «ЭГИС-РУС», 121108, Москва, ул. Ярцевская, 19, Блок В.

Если Вам стало известно о нежелательной реакции при использовании продукта из портфеля ООО «ЭГИС-РУС», пожалуйста, сообщите эту информацию через любую из удобных для вас форм связи:

- E-mail: pharmacovigilance@egis.ru
- Телефон: (495) 363-39-66
- Заполнить форму на сайте <https://ru.egis.health/>

Информация предназначена только для специалистов здравоохранения.

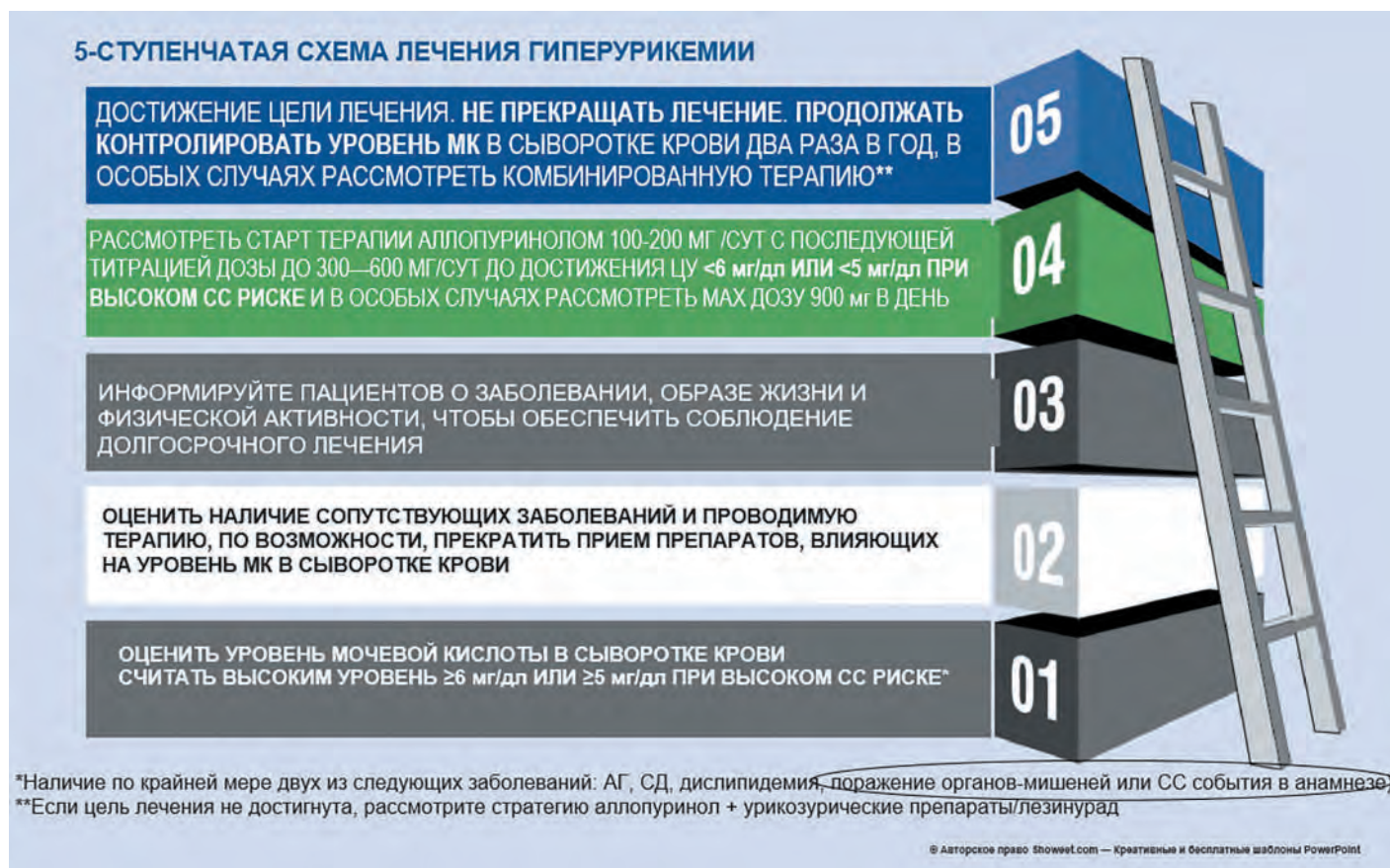


Рисунок 1. Алгоритм лечения гиперурикемии согласно Консенсусу экспертов по диагностике и лечению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском: обновление 2021 года
Figure 1. 5-STEP LADDER OF HYPERURICEMIA TREATMENT