Гиперурикемия как фактор риска развития сердечно сосудистых заболеваний

Шубин Д.А.

Кисилевич А.Р.

Голованова Е.Д.

Афанасенкова Т.Е.

Возможные причины развития

Ключевую роль в развитии ССЗ играет прооксидительный эффект МК.

Гиперурикемия может способствовать развитию эндотелиальной дисфункции, стимулируя РАС и инги- бируя высвобождение оксида азота (II). [1]

Артериальная гипертензия

Повышение уровня МК предшествует развитию АГ, и отмечается у 25-60% нелеченых взрослых пациентов с ГБ.

Снижение уровня МК с помощью ингибиторов ее синтеза (аллопуринола) способствует сниже- нию АД у пациентов подросткового возраста с недавно развившейся АГ.[2]

ИБС и смертность

При каждом повышении уровня мочевой кислоты в сыворотке на 1 мг/дл отмечалось повышение риска смерти на 39%.

Данные из PreCIS (Preventive Cardiology Information System)[3]

Сердечная недостаточность

Частота гиперурикемии у пациентов с ХСН составляет 43–57%.

Гиперурикемия ассоциируется с большой тяжестью ХСН, согласно Нью-Йоркской классификации, плохой переносимостью физических нагрузок и ухудшением сократительной способ ности миокарда.

Уровень МК в крови связан с риском развития ХСН. У больных с высокой концентрацией МК в крови, частота развития ХСН была выше примерно в 6 раз.[4]

Фибрилляция предсердий

Высокая концентрация МК вызывает электрическое ремоделирование аритмогенного субстрата и аномальный автоматизм.

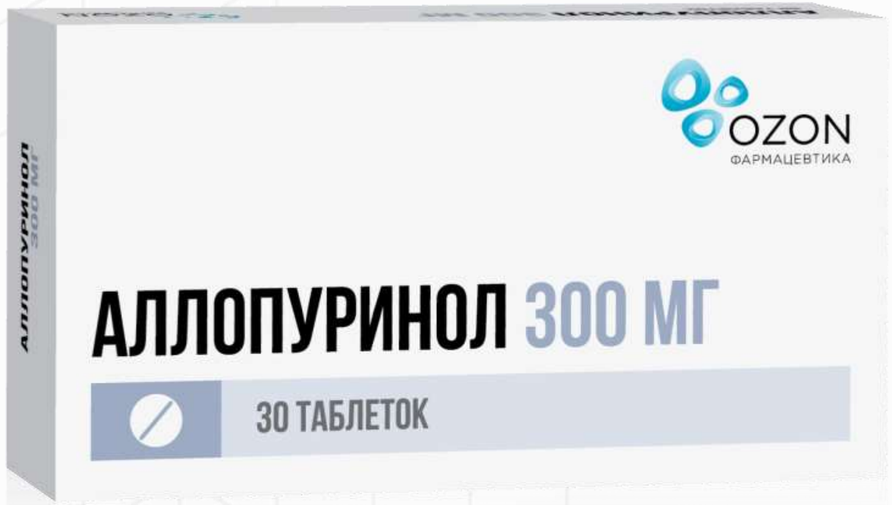
Использование ингибиторов ксантиноксидазы, антиоксидантов и других препаратов может уменьшить риск ФП.

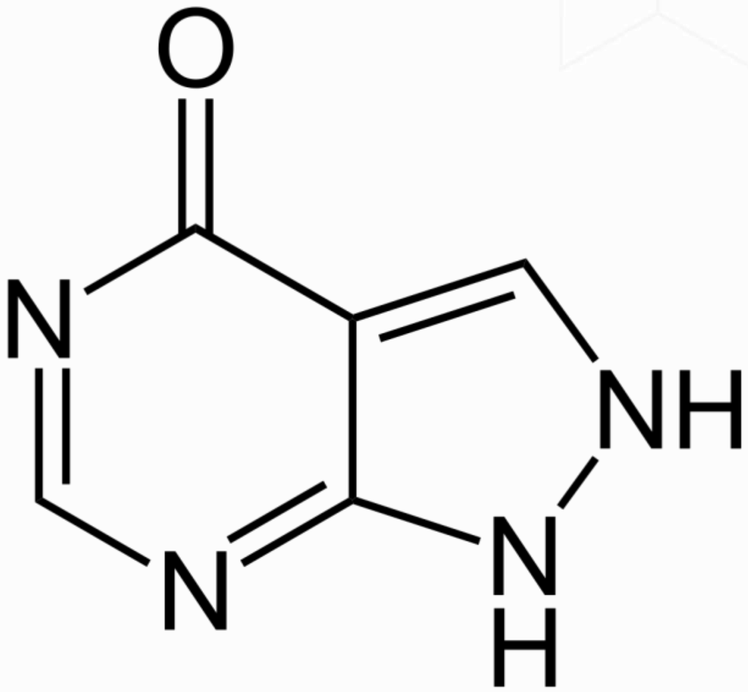
Ведение пациентов

- Ведение пациентов с бессимптомной гиперурикемией требует изменения образа жизни, диета.
- Диетические факторы, понижающие уровень МК: кофе, молочные продукты, вишня и аскорбиновая кислота.
- При выборе препаратов для лечения сопутствующей патологии необходимо учитывать их влияние на уровень МК.

Медикаментозное лечение

Суточная доза аллопуринола (200–600 мг в сутки) зависит от выраженности гиперурикемии. Начальная доза аллопуринола составляет 100 мг в сутки. В случае неэффективности она увеличивается до 400– 600 мг в сутки.Поддерживающая доза составляет 100–300 мг в сутки.





Заключение

Гиперурикемия — независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний,его распространенность в России составляет 16,8 %и продолжает неуклонно расти.

Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови связан с развитием артериальной гипертензии, ИБС, инсульта, фибрилляции предсердий, смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Необходимо тщательно выбирать лекарственные препараты,в связи с имеющимися сопутсвующими заболеваниями. Необходимо обсудить возможность назначения медикаментозной терапии аллопуринолом.

Обязательным компонентом ведения таких пациентов являются диета- снижение потребления пуринов и умеренная физическая активность.

Использованная литература

1. Дроздов В.Н. «Обмен мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом « Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва — 1999.
2. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Караулова Ю.Л. Мочевая кислота — маркер и/или новый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений? РМЖ. 2002;10:431.
3. Alderman MH: Serum Uric Acid As a Cardiovascular Risk Factor for Heart Disease. Current Hypertension Reports 2001, 3:184–189.
4. Fang J, Alderman MN: Serum uric acid and cardiovascular mortality — The NHANES 1 Epidemiologic Follow–up Study, 1971–1992. JAMA 2000, 283:2404–2410.