

RE	31,7±4,18/57,6±5,11	65,7±3,19/82,1±4,17	<0,001
MH	35,4±3,29/61,8±3,27	70,4±5,21/87,3±4,24	<0,001
CH	24,5±2,19/57,9±4,31	44,3±5,14/85,2±3,14	<0,001

PF - физическая активность, RP - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, BP - физическая боль, GH - общее восприятие здоровья, VT - жизнеспособность, SF - социальная активность, RE - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, MH - психическое здоровье, CH - сравнение самочувствия за 6 мес

Самочувствие обследованных пациентов с НПО в обеих группах наблюдения по сравнению с исходным уровнем (за 6 месяцев до исследования) улучшилось почти в 2 раза (рис. № 1 и рис. №2).

Таким образом, на фоне проведенного исследования удалось добиться улучшения качества жизни у пациентов с НПО на фоне снижения уровня АД, мочевой кислоты сыворотки крови, индекса массы тела, дозы аллопуринола у пациентов с подагрой. Условиями достижения цели можно считать тесный контакт и взаимопонимание врача и пациента, наличие сильной мотивации у пациента, тщательное ведение пищевого дневника, активный образ жизни, отказ от вредных привычек и повышение личной самооценки пациента.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Барташевич Г.М., Смоленская О.Г.

Связь между уровнями мочевой кислоты в сыворотке крови и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний установлена более 50 лет назад и была предметом многочисленных исследований. В одном из этих ранних исследований NHANES I утверждалось, что гиперурикемия является независимым прогностическим фактором ИБС и общей смертности, тогда как в

исследования было наличие ИБС.

В ходе исследования все пациенты были обследованы по установленному протоколу, который включал в себя:

- общеклиническое обследование (осмотр, биохимические анализы, липидный спектр, ЭКГ, антропометрия с определением индекса массы тела, измерение АД)

- специальные методы обследования (КТ КАГ, рентгенография суставов для пациентов с подагрой).

Компьютерная коронарография проводилась всем пациентам на мультidetекторном томографе Somatom Sensation 16, Siemens (низкодозный субсекундный спиральный КТ), с толщиной среза 0,625 мм, время сканирования 20-25 сек. Данный метод является безопасным, без катетеризации сосудов методом скрининговой оценки состояния коронарных артерий.

С помощью КТ КАГ можно получить дополнительную информацию об артериальной стенке, оценить просвет коронарной артерии до сосудов 3-го порядка, визуализировать сегменты коронарных артерий (дистальный, средний и проксимальный), определить общее количество кальция и наличие не только кальцинированной, но и мягкой бляшки с определением степени поражения сосуда (в одном месте или диффузное поражение). КТ КАГ может быть использована для идентификации пациентов с высоким риском ССЗ. Количественная оценка кальция помогает в определении распространенности поражения коронарного русла, имеет высокую прогностическую ценность для определения степени кардиоваскулярного риска и дальнейшей врачебной тактики.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программ «Excel», «SPSS Inc.» (версия 10) с применением методов корреляционного анализа. Результаты были представлены в виде среднеарифметического значения и стандартного отклонения, а также в процентах. При сравнении количественных признаков более двух групп использовался дисперсионный анализ. Различия считались

достоверными при вероятности $P < 0,05$.

Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа (ОГ, 70 человек) с нарушением пуринового обмена и группа сравнения (ГС, 80 человек) с нормальным пуриновым обменом, сопоставимая по возрасту, АД, курению, показателям липидного спектра, приему гипотензивных препаратов (таблица 1). Больные ОГ подразделялись на ОГ1 (40 человек) – с ГУР и ОГ2 (30 человек) – с подагрой.

Таблица 1.

Клиническая характеристика и факторы риска больных с нарушением пуринового обмена и без нарушения пуринового обмена

Показатель	НПО, n = 70	Без НПО, n = 80	P_{1-2}
Возраст, М ± σ	48,08 ± 5,82	48,45 ± 4,75	0,946
Избыточная масса тела	26 (37,14%)	10 (12,5%)	0,038
Ожирение	33 (47,14%)	16 (20%)	0,021
Нормальная масса тела	11 (27,5%)	54 (67,5%)	0,003
Курение	50 (71,42%)	39 (48,75%)	0,014
Артериальная гипертензия	57 (81,42%)	55 (68,75%)	0,218
САД, мм.рт.ст.	142,54 ± 19,16	138,49 ± 20,43	0,210
ДАД, мм.рт.ст.	91,19 ± 10,01	88,13 ± 11,34	0,131
Лечение АГ	51 (72,85%)	48 (60%)	0,41
Дислипидемия	61 (87,14%)	25 (31,25%)	0,004
Мочевая кислота	0,525 ± 0,076	0,36 ± 0,041	0,004

Исследование коронарных артерий проводилось по данным КТ КАГ для выявления атеросклеротических изменений сосудов с оценкой следующих показателей:

1. Наличие атероматозных изменений в коронарных артериях
2. Тип атероматозной бляшки (мягкис, кальцинированные и смешанные)
3. Характер роста бляшки (эндовазальный, экстравазальный, смешанный, циркулярный)

4. Количество пораженных сосудов (1-,2-,3-,4-сосудистое поражение)
5. Распространенность атеросклеротических изменений (поражение одного сегмента, двух сегментов, диффузные изменения во всем сосуде)
6. Количество гемодинамически значимых (более 50% просвета сосуда) и гемодинамически незначимых стенозов

Результаты исследования коронарных артерий приведены в таблице 2.

Таблица 2

Коронарографические показатели пациентов с НПО и без НПО

состояние КА	ОГ, n = 70	ОГ1, n = 40	ОГ2, n = 30	ГС, n = 80
Атеросклероз КА	48(68,57%)	24 (60,0%)	24 (80,0%)	34 (42,50%)
мягкие бляшки	16(38,12%)	10 (62,5%)	6 (37,5%)	5 (24,63%)
смешанные бляшки	5 (10,45%)	1 (11,86%)	4 (88,14%)	8 (29,44%)
кальцинированные бляшки	27(51,43%)	11 (40,7%)	16 (59,3%)	21(45,92%)
экстравазальный рост	24 (54,5%)	12 (50,0%)	12 (50,0%)	20 (45,5%)
смешанный рост	8 (18,2%)	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (27,3%)
эндовазальный рост	4 (9,1%)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	2 (6,7%)
циркулярный рост	8 (18,2%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	6 (20,6%)
Поражен 1 сосуд	23 (52,3%)	6 (69,6%)	7 (30,4%)	20 (41,1%)
поражено 2 сосуда	15 (34,1%)	5 (33,3%)	10 (66,7%)	12 (29,6%)
поражено 3 сосуда	5 (11,4%)	1 (4,5%)	4 (18,2%)	3 (12,3%)
поражено 4 сосуда	1 (2,3%)	-	1 (4,5%)	-
поражение 1/3 сосуда	25(35,71%)	12 (30,0%)	13 (43,34%)	22 (30,12%)
поражение 2/3 сосуда	11(15,72%)	5 (12,5%)	6 (20,0%)	7 (8,19%)
диффузно	6 (8,57%)	2 (5,0%)	4 (13,34%)	3 (3,17%)

ОБСУЖДЕНИЕ:

При анализе КТ коронарограмм обследованных пациентов было выявлено, что атеросклеротические изменения разной степени выраженности обнаружены у 48 больных с НПО из 70 обследованных, что составляет 68,57 % и достоверно больше, чем в группе сравнения без НПО – 34 (42,5%), $p < 0,05$. Включения

кальция в стенке коронарных артерий при НПО были обнаружены у 27 больных (51,43%). Это также достоверно превышает аналогичные данные группы сравнения - 21 пациент (45,92%), $p < 0,05$. То есть можно предположить, что процессы атеросклероза начинаются на самых ранних стадиях нарушений пуринового обмена, даже без клинических проявлений подагры и усугубляют кардиоваскулярный риск у пациентов с НПО.

Мягкие бляшки (молодые и менее стабильные) встречались у небольшого числа пациентов в обеих группах, но при НПО таких пациентов было в 3,2 раза больше, чем в группе сравнения (16 и 5 пациентов соответственно). В начале формирования атеросклеротической бляшки ее рост происходит внутрь стенки сосуда (экстравазально), а при прорастании примерно 40% толщины сосуда начинается рост бляшки в просвет сосуда – эндовазальный рост, который приводит к формированию стенозов. У большинства больных с НПО (24 человека – 54,5%) рост атеросклеротических бляшек носил экстравазальный характер, что также может свидетельствовать о ранних стадиях атеросклеротического процесса. В группе сравнения больных с экстравазальным расположением бляшки было меньше чем в основной (20 человек – 45,5%). Смешанный и циркулярный рост бляшки встречался с почти одинаковой частотой в обеих группах. Больных с эндовазальным расположением бляшки и формированием стеноза в группе сравнения было 2 (6,7%), а в основной группе 4 пациента (9,1%). У 23 пациентов с НПО (52,3%) было однососудистое поражение, в группе сравнения – 20 (41,1%). Поражение 2 сосудов встречалось у 15 (34,1%) пациентов с НПО и у 12 (29,6%) без НПО, трех сосудов - у 5 (11,4%) больных ОГ и у 3 (12,3%) из ГС, четырех - у 1 (2,3%) пациента с подагрой, а в ГС таких пациентов не было. В ОГ значительно чаще встречается поражение 1/3 сосуда (35,71%), 2/3 сосуда (15,72%) и диффузное поражение (8,57%). Количество больных с гемодинамически значимыми стенозами при НПО достоверно больше, чем в группе сравнения - 25 (35,71%) и 9 (11,25%) соответственно, рис. 1.

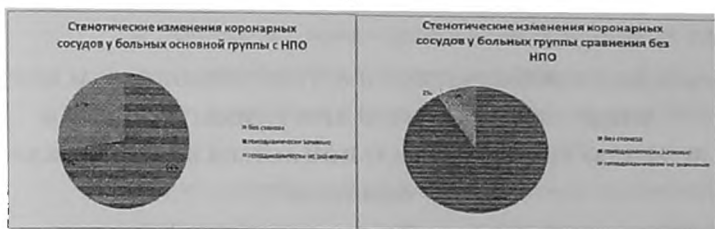


рис. 1

Таким образом, атеросклеротические изменения коронарных артерий выявляются у 68,57% больных с НПО без клинических и функциональных проявлений ИБС. Выявляется повышенное содержание кальция в коронарных артериях, различные по качеству, локализации и распространенности атеросклеротические бляшки во всех основных коронарных сосудах. Превалирование гемодинамически значимых стенозов при НПО значительно ухудшает прогноз кардиоваскулярных событий при анализе с группой пациентов без НПО сравнимых по полу, возрасту и наличию основных факторов риска (курение, АГ, ИМТ). Установлено отчетливое прогрессирование атеросклеротического процесса при подагре по сравнению с бессимптомной гиперурикемией. Прямое исследование коронарных артерий методом КТ КАГ является более информативным для диагностики атеросклеротических поражений коронарных сосудов и позволяет выявить пациентов на доклинической стадии болезни, что позволит принять превентивные меры для профилактики и снижения кардиоваскулярного риска у пациентов с НПО без клинических и функциональных проявлений ИБС.

За время проводимого исследования были исключены 7 пациентов с уже имеющимся в анамнезе инфарктом миокарда на фоне подагры (мужчины в возрасте от 32 до 51 года включительно) и 3 пациента с гиперурикемией и инфарктом миокарда, что также отражает высокий риск коронарной болезни сердца.