

должны быть известны клиницистам. Оценку дисфункции почек следует дополнять исследованием цистатина С в ситуациях, предусмотренных рекомендациями.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ronco C. Cardiorenal Syndrome in Western Countries: Epidemiology, Diagnosis and Management Approaches / Ronco C., Di Lullo L. // *Kidney Dis (Basel)*. 2017; Vol.2 (4). P.151-163.
2. Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease: Pathophysiological Insights and Therapeutic Options / Jankowski J, Floege J, Fliser D [et al.] // *Circulation*. 2021 Mar 16; Vol 143 (11) P. 1157-1172.
3. Lu S, The CKD-EPI 2021 Equation and Other Creatinine-Based Race-Independent eGFR Equations in Chronic Kidney Disease Diagnosis and Staging. / Lu S, Robyak K, Zhu Y. J // *Appl Lab Med*. 2023 Sep 7; Vol 8(5) P. 952-961.
4. Ferguson TW, Cystatin C as a biomarker for estimating glomerular filtration rate. / Ferguson TW, Komenda P, Tangri N. // *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2015 May; Vol. 24 (3) P. 295-300.
5. KKDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease – 2024. – P. 74. – URL: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(23\)00766-4/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(23)00766-4/fulltext) (дата обращения 28.03.2024). Текст: электронный.
6. Соболева Н. И. Особенности модуляции скорости клубочковой фильтрации у больных гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста / Соболева Н. И. // *Клиническая геронтология*. 2017. №9-10. С. 1.
7. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. / Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, [et al] // *Cardiovasc Dev Dis*. 2019 Apr 27; Vol. 6 (2) P.19.

Сведения об авторах

К.А. Вишнева* – студент лечебно-профилактического факультета

С.Е. Казанцев – студент лечебно-профилактического факультета

А.П. Никитаева – врач-терапевт

Е.М. Вишнева – доктор медицинских наук, доцент кафедры

Information about the authors

K.A. Vishneva* – Student of Medical Faculty

S.E. Kazantsev – Student of Medical Faculty

A.P. Nikitaeva – Physician

E.M. Vishneva – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

kv.vishneva@mail.ru

УДК: 616-002.782

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТА С ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ ПРИ ВЫСОКОМ ИНДЕКСЕ КОМОРБИДНОСТИ

Добрязова Дарья Алексеевна, Зырянов Александр Владиславович, Вишнева Елена Михайловна

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Подагра – системное заболевание, поражающее суставы и внутренние органы и в отсутствие своевременного лечения способствующее развитию патологии печени и почек. Последние, в свою очередь, существенно затрудняют подбор терапии неотложных состояний у пациентов с высоким индексом коморбидности. Это показывает необходимость своевременного начала лечения подагры для профилактики развития и утяжеления сопутствующих заболеваний. **Цель исследования** – оптимизация терапии основного и сопутствующих заболеваний у пациента с неотложной патологией на фоне высокого индекса коморбидности в условиях ограничений со стороны печени и почек. **Материал и методы.** Проводилось одномоментное исследование (клинический случай) пациента К. 73 лет на базе кардиологического отделения ГАУЗ СО «ГКБ № 14» г. Екатеринбурга в сентябре 2023 г. В качестве материалов исследования использовались данные медицинской карты стационарного больного, лабораторных и инструментальных исследований, физикальных осмотров и консультаций специалистов. Для оценки 10-летней выживаемости пациента высчитывался Индекс коморбидности Чарлсона. От пациента было получено согласие на публикацию обезличенных данных о состоянии его здоровья. **Результаты.** Представлен клинический случай развития неотложного состояния (острого коронарного синдрома) у пациента с хронической тофусной подагрой на фоне длительной алкогольной интоксикации и при высоком индексе коморбидности. Показано ограничение в подборе терапии основного (ОКС) и сопутствующих заболеваний со стороны почек (СКФ 35,2 мл/мин/1,73м²) и печени (недостаточность класса В по Child-Pugh). Авторами предложен вариант оптимизации лечения представленного пациента. **Выводы.** Подбор терапии у коморбидных пациентов нередко затруднителен ввиду имеющихся у них сопутствующих заболеваний. Причиной их возникновения может быть длительно нелеченая подагра. В связи с этим, необходимо своевременное выявление и лечение подагры еще на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: подагра, коморбидная патология, тофусы, хроническая болезнь почек (ХБП), хроническая печеночная недостаточность.

OPTIMIZATION OF EMERGENCY TREATMENT IN A PATIENT WITH TOFUS GOUT WITH A HIGH COMORBIDITY INDEX

Dobrazova Daria Alexeevna, Zyryanov Alexandr Vladislavovich, Vishneva Elena Mikhailovna

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Gout is a systemic disease affecting joints and internal organs and, in the absence of timely treatment, contributes to the development of liver and kidney pathology. The latter, in turn, significantly complicate the selection of emergency treatment in patients with a high comorbidity index. This shows the need to start treatment of gout in a timely manner to prevent the development and aggravation of concomitant diseases. **The aim of the study** was to optimize the treatment of the main and concomitant diseases in a patient with an urgent pathology against the background of a high comorbidity index under conditions of liver and kidney restrictions. **Material and methods.** A single-stage study (clinical case) of patient K. was conducted. 73 years old on the basis of the cardiology department of the City Clinical Hospital № 14 in Yekaterinburg in September 2023. The data of the inpatient's medical record, laboratory and instrumental studies, physical examinations and consultations of specialists were used as research materials. To assess the patient's 10-year survival rate, the Charlson Comorbidity Index was calculated. Consent was obtained from the patient to publish anonymized data on his health status. **Results.** A clinical case of the development of an emergency condition (acute coronary syndrome) in a patient with chronic tofus gout on the background of prolonged alcohol intoxication and with a high comorbidity index is presented. There is a limitation in the selection of therapy for the main (ACS) and concomitant diseases of the kidneys (GFR 35,2 ml/min/1,73 m²) and liver (insufficiency of class B according to Child-Pugh). The authors have proposed an option to optimize the treatment of the presented patient. **Conclusion.** The selection of therapy in comorbid patients is often difficult due to the concomitant diseases they have. The cause of their occurrence may be long-term untreated gout. In this regard, timely detection and treatment of gout is necessary even at the outpatient stage. **Keywords:** gout, comorbid pathology, tofuses, chronic kidney disease (CKD), chronic liver failure.

ВВЕДЕНИЕ

В литературе описано большое количество случаев, где несвоевременное лечение подагры приводит к вторичному поражению печени, почек и сердечно-сосудистой системы через влияние гиперурикемии на функции и структуру эндотелия. Так, известно, что мочевая кислота индуцирует воспаление и окислительный стресс в эндотелиальных и гладкомышечных клетках сосудов, что в конечном итоге вызывает дисфункцию эндотелия [1]. Нелеченая гиперурикемия негативно влияет на липидный обмен, утяжеляя течение атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), болезней печени и почек. Развивающаяся коморбидная патология вносит свой вклад в ограничение лечения основного и сопутствующего заболеваний у подобных пациентов. Так, наличие декомпенсированной тяжелой печеночной недостаточности является противопоказанием к назначению липидснижающих препаратов, а хроническая болезнь почек (ХБП) высокой стадии ограничивает прием блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. У пациентов с тяжелой формой подагры снижение фильтрационной функции почек затрудняет подбор уратснижающей терапии, что способствует длительному сохранению гиперурикемии, которая, в свою очередь, утяжеляет течение патологии сердечно-сосудистой системы, печени и почек. Это показывает необходимость своевременного адекватного лечения подагры, с целью профилактики развития тяжелых сопутствующих заболеваний. В случае их возникновения нужен тщательный подбор терапии, которая сможет разорвать порочный круг взаимного утяжеления коморбидными состояниями друг друга и основного заболевания.

Цель исследования – оптимизация терапии основного и сопутствующих заболеваний у пациента с неотложной патологией на фоне высокого индекса коморбидности в условиях ограничений со стороны печени и почек.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проводилось одномоментное исследование (клинический случай) пациента К. 73 лет, поступившего в стационар ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 14» г. Екатеринбурга в сентябре 2023 г. с предварительным диагнозом «Острый коронарный

синдром (ОКС) без подъема сегмента ST». В качестве материалов исследования использовались данные медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у), в т.ч. результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, а также заключения консультаций специалистов. Для оценки 10-летней выживаемости пациента высчитывался Индекс коморбидности Чарлсона. От пациента было получено согласие на публикацию обезличенных данных о состоянии его здоровья. Был произведен анализ имеющейся отечественной и зарубежной литературы, посвященной подбору терапии у коморбидных пациентов с хронической подагрой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент К., 73 лет, 15.09.2023 г. был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ГАУЗ СО «ГКБ № 14» с предварительным диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST». Среди сопутствующих заболеваний пациента имелись сведения о наличии у него хронической болезни почек, хронического алкогольного гепатита с трансформацией в цирроз печени и тофусной подагры. Из анамнеза известно, что мужчина много лет страдает гипертонической болезнью (максимальное АД до 180/100 мм рт. ст.) и стенокардией I ФК, регулярно принимает лозартан 50 мг/сут и метопролол 50 мг/сут. Впервые диагноз подагры был поставлен в 2018 г., когда болезнь проявилась формированием выраженных тофусов на кистях и стопах. Субъективно прогрессирование заболевания не отмечал, назначенную терапию не принимал, пытался корректировать свое питание, ограничив потребление мяса и алкоголя.

В течение последних пяти лет отмечает появление одышки при физической нагрузке и снижение толерантности к нагрузкам. Настоящее ухудшение состояния в течение трех часов, когда появились давяще-жгучие боли за грудиной, возникавшие при ходьбе и в покое, сопровождавшиеся выраженной одышкой и слабостью. Дома самостоятельно принимал нитроглицерин с временным эффектом. С учетом сохранения ангинозной симптоматики вызвал БСМП, был доставлен в приемное отделение ГАУЗ СО «ГКБ № 14». Состояние расценено как тяжёлое, пациент госпитализирован в палату интенсивной терапии. На ЭКГ — ритм синусовый, 82 в минуту, ПБЛНПГ (со слов пациента, известна ранее). Из анамнеза жизни дополнительно известно, что пациент на протяжении многих лет регулярно употреблял крепкие спиртные напитки примерно по 500 мл/сут 2 раза в неделю.

При проведении объективного осмотра: состояние средней тяжести. При разговоре у пациента были выявлены признаки энцефалопатии I стадии по West-Haven. Рост 168 см, вес 75 кг. ИМТ составил 26,6 кг/м² (избыточная масса тела), температура тела – 36,6 °С. Кожа иктеричной окраски, высыпаний нет. Отмечалось расширение вен передней брюшной стенки в виде «головой медузы». Видимые слизистые глаз, носа, губ, полости рта иктеричные, влажные, высыпаний на слизистых нет. Подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно. Мышцы развиты умеренно, симметрично. При исследовании суставов были выявлены многочисленные тофусы, локализовавшиеся в области I плюснефалангового сустава и проксимального конца III пястной кости левой стопы, I плюснефалангового сустава правой стопы, а также в области межфаланговых суставов III и IV пальцев правой кисти, I пястно-фаланговых суставов обеих кистей (рисунки 1 и 2). При пальпации тофусы были безболезненными, подвижными. В области тофусов отмечалась гиперемия кожных покровов, гипертермии и отека в области них выявлено не было. Определялось умеренное ограничение в объеме активных движений в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах обеих кистей, а также межфаланговых и плюснефаланговых суставов обеих стоп. Кистевой хват пациент выполнял в полном объеме, при проверке щипкового хвата – не мог выполнить пятым пальцем слева. При исследовании поперечного сжатия болезненности выявлено не было. Пальпировались единичные околоушные и подчелюстные лимфатические узлы, 0,5 см в диаметре, округлой формы, с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, не болезненные при ощупывании, подвижны, не спаяны с кожей, окружающей клетчаткой и между собой, кожа над лимфатическими узлами не изменена. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.



Рис. 1. Топфусы в области межфаланговых суставов III и IV пальцев правой кисти.

Рис. 2. Топфусы в области I плюснефалангового сустава правой стопы.

При исследовании дыхательной системы определялся легочный перкуторный звук, дыхание - везикулярное, хрипы не выслушивались, ЧДД составила 18 в минуту. Границы легких находились в пределах нормы. Границы сердца были расширены влево. Выслушивались приглушенные, ритмичные сердечные тоны, без шумов, ЧСС составила 72 удара в минуту, АД составило 140/100 мм. рт. ст. Пульс на лучевых артериях справа и слева был одинаковый, 72 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Болезненности при пальпации живота выявлено не было. Визуально и перкуторно определялись признаки асцита, симптом флюктуации положительный. При пальпации определялась увеличенная в размерах печень на 2 см ниже реберной дуги. Размеры печени по Курлову 12x11x10 см. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. В качестве диагностики пациенту были проведены: ОАК, ОАМ, БАК, коагулограмма, ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенография ОГК, УЗИ ОБП и брюшинного пространства. Отклонения, выявленные в анализах крови от 16.09.2023 г., представлены в таблице 1.

Таблица 1

Выявленные отклонения в показателях клинических анализов крови

Показатель	Результат	Референсные значения
Креатинин, мкмоль/л	164,9 (↑)	70,0-115,0
Мочевина, ммоль/л	7,3 (↑)	2,8-7,2
Мочевая кислота, мкмоль/л	582,0 (↑)	210,0-420,0
Общий билирубин, мкмоль/л	44,8 (↑)	5,1-19,0
Сывороточный альбумин, г/л	31,0 (↓)	35,0-52,0
АЛТ, Ед/л	182,5 (↑)	0,0-45,0
АСТ, Ед/л	371,6 (↑)	0,0-35,0
Холестерин, ммоль/л	6,1 (↑)	2,8-5,2
Триглицериды, ммоль/л	6,2 (↑)	0,1-2,2

При этом уровень тропонина I составил 0,014 нг/мл (в пределах нормы). Расчетная скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ — 35,2 мл/мин/1,73м² (соответствует стадии СЗБ хронической болезни почек). В ОАК наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз до 95,3%, патологических отклонений в ОАМ и коагулограмме обнаружено не было.

При проведении рентгенографии ОГК патологических изменений выявлено не было. На ЭКГ определялся синусовый ритм (ЧСС – 64 в минуту) и признаки ПБЛНПГ. При проведении эхокардиографии гипертрофии левого желудочка выявлено не было, фракция выброса ЛЖ — 54 % (незначительно снижена), зоны гипо- и акинезии отсутствовали. Патологические изменения в аорте обнаружены не были. Определялись уплотнение и прикраевой кальциноз створок аортального клапана, с нормальным его открытием, без признаков регургитации. При исследовании левого предсердия отмечалось увеличение его размеров до 42 мм, а также митральная регургитация II степени. При УЗИ органов брюшной полости определялись гепатомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени и наличие

жидкости в брюшной полости. При исследовании почек их размеры изменены не были, структура чашечек с обеих сторон однородная, лоханки не расширены, конкрементов нет. С учетом полученных данных пациенту был установлен клинический диагноз: основное заболевание (ИБС: Нестабильная стенокардия, класс IIIA по Braunwald. Гипертоническая болезнь 3-й стадии, неконтролируемое течение, риск 4), осложнение основного заболевания (ХСН IIБ стадии по Василенко-Стражеско, 2 ФК по NYHA), сопутствующие заболевания (Подагра, тофусная форма, рецидивирующее течение. Подагрический артрит межфаланговых суставов III и IV пальцев правой кисти, I пястно-фаланговых суставов обеих кистей, I плюснефалангового сустава правой стопы. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс В по Child-Pugh. ХБП СЗБ, СКФ по СКD-EPI — 35,2 мл/мин/1,73м²), фоновое заболевание (Избыточная масса тела, ИМТ — 26,6 кг/м²). При расчете Индекса коморбидности Чарлсона было набрано 11 баллов, что соответствует 10-летней выживаемости 0% у данного пациента.

При поступлении в стационар пациенту была проведена двойная антиагрегантная терапия в нагрузочной дозе (ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг). В дальнейшем пациент получал антигипертензивную (лозартан 50 мг), двойную антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг), пульсурежающую (бисопролол 2,5 мг), диуретическую (торасемид 10 мг) и гиполипидемическую терапию (аторвастатин 80 мг). Учитывая наличие у пациента ХПБ стадии СЗБ, от назначения аллопуринола решено было воздержаться. В качестве альтернативы пациенту был назначен фебуксостат. Однако, с учетом имевшегося у пациента цирроза печени класса В по Child-Pugh доза фебуксостата была снижена до 40 мг в сутки. На фоне терапии отмечалась положительная динамика в клинической картине в виде значительного уменьшения признаков декомпенсации сердечной недостаточности (уменьшение одышки и отеков). В контрольных анализах крови, однако, сохранялись гиперурикемия (уровень мочевой кислоты – 561,0 мкмоль/л), гиперкреатининемия (уровень креатинина – 149,7 мкмоль/л, СКФ по СКD-EPI — 39,5 мл/мин/1,73м²), гипертрансаминаземии (уровень АЛТ – 129,7 Ед/л; уровень АСТ – 297,3 Ед/л). Пациент был выписан с улучшением состояния 25.09.2023 г.

ОБСУЖДЕНИЕ

Развитие почечной и печеночной недостаточности способно существенно осложнить как подбор терапии ССЗ, так и назначение уратснижающей терапии у пациентов с длительно протекающей, нелеченой подагрой. Данный клинический случай наглядно демонстрирует это. Так, назначение в описанной ситуации ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела и торасемида было ограничено имеющейся у пациента хронической болезнью почек с СКФ менее 60 мл/мин/1,73м², печеночной недостаточностью и гиперурикемией, при которых данные препараты рекомендуется применять с осторожностью. В подобной ситуации при наличии у пациента нестабильной стенокардии, гипертонической болезни и застойной ХСН их применение оправдано, поскольку польза от их назначения превышает потенциальные риски.

Во многом дискуссионным остается вопрос назначения липидснижающей терапии пациентам с хроническими заболеваниями печени. Известно, что цирроз печени класса В по Child-Pugh является противопоказанием к использованию таких препаратов, как ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины). Однако в настоящее время хронические заболевания печени не считаются абсолютным противопоказанием к терапии статинами при наличии у пациента факторов риска развития ССЗ или уже развившегося ССЗ. Пациентам с компенсированным циррозом печени статины не противопоказаны, их рекомендуется назначать с осторожностью: в низких дозах, с частым контролем уровня трансаминаз, билирубина, КФК для своевременного выявления нежелательных явлений [2]. Основанием к отмене терапии, согласно рекомендациям европейских специалистов по лекарственному повреждению печени и FDA (Food and Drug Administration), является: значения АЛТ/АСТ более пяти верхних границ нормы (ВГН) на протяжении более двух недель; АЛТ/АСТ более трех ВГН в сочетании с клиническими признаками поражения печени (слабость, тошнота, рвота, боль в правом верхнем квадранте живота, желтуха, лихорадка, сыпь и/или эозинофилия > 5%) [3]. У

описанного пациента не отмечалось клинических признаков поражения печени, а в лабораторных исследованиях более пяти ВГН составлял АСТ, повышение которого ассоциировано с регулярной алкоголизацией. С учетом этого, в данном случае в качестве липидснижающей терапии можно рассмотреть назначение средних доз статинов (аторвастатин 40 мг) и эзетемиба 10 мг под контролем общего состояния пациента и уровня трансаминаз при условии полного отказа от алкоголя. В случае отрицательной лабораторной динамики или при непереносимости пациентом статинов рекомендуется использование комбинации нестатиновых липид-модифицирующих препаратов, таких как эзетемиб и ингибиторы PCSK9 (эволокумаб, алирокумаб) [4].

Подбор терапии подагры также был затруднен в данном клиническом случае. Так, применение аллопуринола у описанного пациента было ограничено развившейся ХБП стадии СЗБ. Назначение фебуксостата требовало осторожности в отношении сразу двух функциональных систем. В литературе имеются сведения, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, принимавших фебуксостат, вероятность сердечной смерти и смертности от всех причин была повышена. В данном клиническом случае у пациента в качестве основного заболевания был выставлен диагноз «ИБС: Нестабильная стенокардия, класс IIIA по Braunwald. Гипертоническая болезнь 3-й стадии, неконтролируемое течение, риск 4». Кроме того, имеются данные, что фебуксостат нужно принимать с осторожностью при печеночной недостаточности класса В по Child-Pugh, которая была диагностирована у пациента [5]. Вместе с тем, можно заметить, что проведенная терапия не позволила достичь в данном случае целевого уровня мочевой кислоты (для описанного пациента – менее 300,0 мкмоль/л).

В иностранной литературе широко обсуждается применение урикозурических препаратов для лечения подагры у коморбидных пациентов. Их эффекты обусловлены ингибированием транспортера URAT1, который отвечает за реабсорбцию мочевой кислоты в почке. Однако, урикозурики до сих пор используются в недостаточной степени. Так, применение широко известного препарата бензбромарона в настоящее время ограничено в связи с его неодобрением FDA и недоступностью в ряде стран. Перспективными выглядят урикозурические препараты лезинурад и пробенецид. В рандомизированных клинических исследованиях они показали хорошие результаты в лечении подагры с применением ингибиторов ксантиноксидазы. Однако, стоит помнить, что урикозурические препараты теряют свою эффективность по мере снижения функции почек. Так, пробенецид не рекомендуется назначать пациентам с СКФ менее 30 мл/мин/1,73м², а лезинурад - пациентам с СКФ менее 45 мл/мин/1,73м² [6]. В клинической разработке также находятся препараты, действующие по разным механизмам, такие как BCX4208, ингибирующий пуриновую нуклеотидфосфорилазу, и пегилированные уриказы (пеглотиказа и пегадриказа), снижающие уровень уратов за счет увеличения их метаболизма [7]. Таким образом, в данном клиническом случае в качестве уратснижающей терапии можно рассмотреть комбинацию фебуксостата в пониженной дозе и пробенецида в стандартной дозе. К сожалению, в условиях практического здравоохранения коморбидные пациенты с тяжелой подагрой зачастую не получают адекватного лечения в связи с его дороговизной и отсутствием в льготных программах обеспечения лекарственными препаратами.

ВЫВОДЫ

1. Лечение пациентов с коморбидными расстройствами является сложной задачей для практикующих врачей ввиду формирующихся ограничений со стороны пораженных органов для назначения многих препаратов.
2. Длительно нелеченая подагра может привести к необратимому поражению печени и почек, которое, в свою очередь, существенно затрудняет лечение как хронических заболеваний, так и неотложных состояний у подобных пациентов.
3. Своевременное выявление подагры и подбор оптимальной терапии на ранних стадиях ее развития – способ профилактики многих коморбидных расстройств, в связи с чем они должны проводиться еще на стадии первичного звена.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Saito Y., Tanaka A., Node K., Kobayashi Y. Uric acid and cardiovascular disease: A clinical review // Journal of Cardiology. - 2021. - №78. - P. 51–57.
2. Сандлер Ю.Г., Винницкая Е.В. Гиполипидемическая терапия у пациентов с хроническими заболеваниями печени: что нужно знать гастроэнтерологу // Эффективная фармакотерапия. - 2021. - Т. 17. - № 28. - С. 36–45.
3. Marrone G., Vaccaro F.G., Biolato M. et al. Drug-induced liver injury 2017: the diagnosis is not easy but always to keep in mind // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. - 2017. - Vol. 21. № 1. - P. 122–134.
4. Кухарчук В.В., Ежов М.В., Сергиенко И.В. и др. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов (ЕАК) Национального общества по изучению атеросклероза по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2020) // Евразийский кардиологический журнал. - 2020. - № 2. - С. 6–29.
5. Елисеев М.С. Лечение подагры при хронической болезни почек // Эффективная фармакотерапия. - 2021. - Т.17, № 25. - С. 36–40.
6. Vargas-Santos A.B., Neogi T. Management of Gout and Hyperuricemia in CKD // American Journal of Kidney Diseases. - 2017. - № 70(3). - P. 422-439.
7. Куницкая Н.А. Подагра: новые терапевтические стратегии. // Врач. - 2021. - №32(6). - С. 16–21.

Сведения об авторах

Д.А. Добразова* – ординатор по специальности «Терапия»
А.В. Зырянов – студент лечебно-профилактического факультета
Е.М. Вишнева – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

D.A. Dobrazova* – Postgraduate student in the specialty «Therapy»
A.V. Zyryanov – Student of the Faculty of Medicine and Prevention
E.M. Vishneva – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
darya_dobrazova@mail.ru

УДК: 616-053.9

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

Дорохина Ксения Родионовна, Нагиев Анар Мирзабалаевич, Гюльвердиева Сабрина Мансуровна, Матвеева Татьяна Владимировна, Хромцова Оксана Михайловна

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время лица пожилого и старческого возраста составляют значительную долю населения в большинстве стран мира, включая Россию. Ключевым гериатрическим синдромом, ассоциированным с возрастом, является старческая астения (СА). Распространенность СА увеличивается с возрастом и достигает 52% у лиц старше 85 лет, чаще встречается у женщин. Развитие СА повышает риск госпитализации у пациентов, снижает физическую и функциональную активность пациентов, увеличивает риск смерти. **Цель исследования** – оценка частоты встречаемости старческой астении у пациентов на амбулаторном поликлиническом приеме в г. Екатеринбурге. **Материал и методы.** Проведен опрос 50 пациентов старше 60 лет на амбулаторном терапевтическом приеме в ГБУЗ СО «ЦГБ 7» г. Екатеринбурга по шкале «Возраст не помеха», выявлены сопутствующие заболевания. **Результаты.** По результатам опроса по шкале «Возраст не помеха» вероятная СА выявлена у 30% пациентов, средний возраст составил 77, 2 лет., преобладание женского пола (73%). У каждого третьего пациента выявлены сопутствующие гериатрические синдромы падений и недержания мочи. Сопутствующие заболевания выявлены у всех пациентов с вероятной СА, из них преобладает артериальная гипертензия, ожирение, ишемическая болезнь сердца, дислипидемии. **Выводы.** Частота встречаемости СА в Екатеринбурге составила 30% у лиц старше 60 лет, у каждого пятого пациента после 75 лет вероятна СА. СА чаще встречается у женщин. Пациенты со СА полиморбидны, преобладает сопутствующая артериальная гипертензия, ожирение, дислипидемии, ишемическая болезнь сердца. Частыми сопутствующими гериатрическими синдромами являются падения и недержание мочи.

Ключевые слова: гериатрия, гериатрический синдром, старческая астения, пожилой и старческого возраст.

THE INCIDENCE OF SENILE ASTHENIA AT AN OUTPATIENT THERAPEUTIC APPOINTMENT IN YEKATERINBURG

Dorokhina Ksenia Rodionovna, Nagiyev Anar Mirzabalayevich, Gulverdieva Sabrina Mansurovna, Matveeva Tatiana Vladimirovna, Khromtsova Oksana Mikhailovna

Department of Hospital Therapy