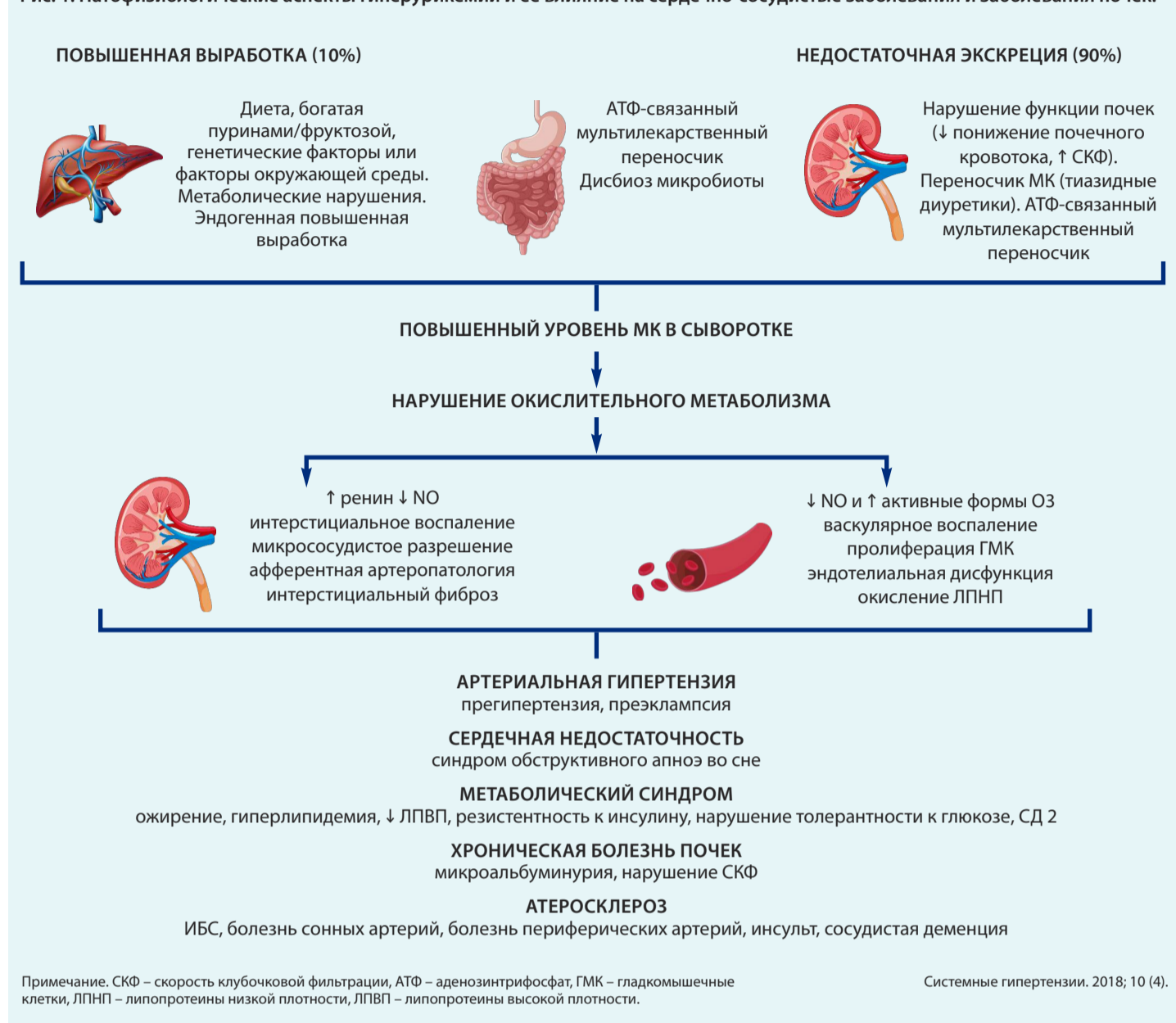


Подагра: мелочей не бывает!

Несмотря на подробное описание этиопатогенетических аспектов подагры во множестве научных работ, это заболевание остается одним из самых поздно диагностируемых в врачебной практике. Распространенность гиперурикемии достигает 35% [1] у взрослых и непрерывно увеличивается в последние десятилетия, а подагра – составляет 0,9–3,9% [2]. Она встречается гораздо чаще у мужчин. Сегодня ключевой проблемой становится коморбидность этого заболевания, поскольку подагра ассоциирована с болезнью почек и заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС). У пациентов с подагрой и/или гиперурикемией необходимо оценивать функцию почек, так как риск развития подагры у больных с хронической болезнью почек (ХБП) достаточно высок, а смертность у таких больных при наличии подагры увеличивается в 4 раза [3, 4].

Гиперурикемия является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии – артериальной гипертензии и сахарного диабета (СД). У пациентов с подагрой по сравнению с населением в целом выше риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечно-сосудистой смерти из-за негативного влияния повышенного уровня мочевой кислоты (МК) на состояние ССС (рис. 1) [5].

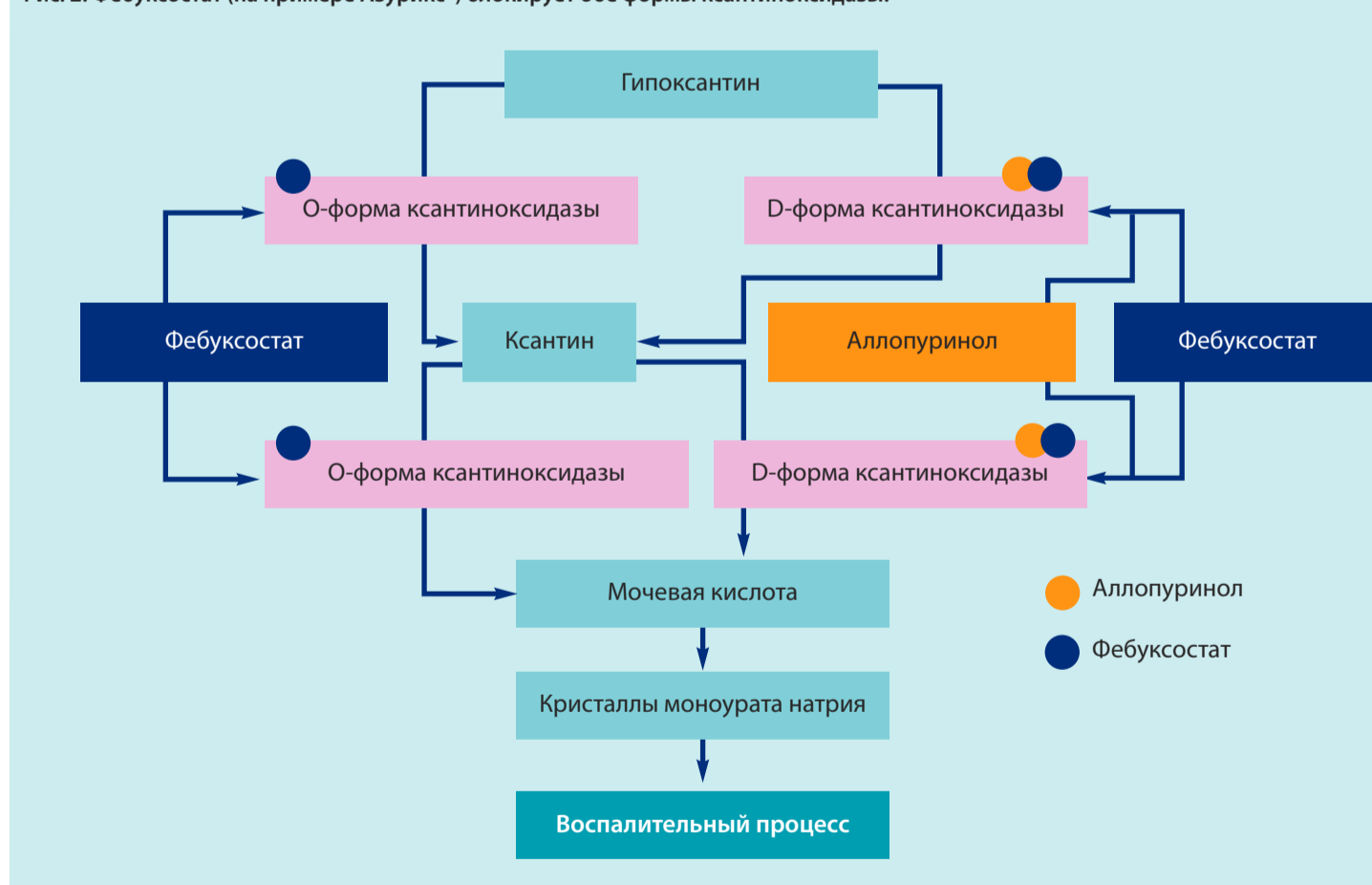
Рис. 1. Патофизиологические аспекты гиперурикемии и ее влияние на сердечно-сосудистые заболевания и заболевания почек.



Сегодня в схемах лечения подагры используются два препарата – аллопуринол и фебуксостат. Как правило, если идет речь о пациенте с ХБП (начиная с 3-й стадии), именно фебуксостат становится терапией выбора [2]. Помимо пациентов с ХБП фебуксостат показан при развитии нежелательных реакций на фоне применения аллопуринола и не достигающим целевого уровня МК при приеме максимально допустимых доз аллопуринола [2]. Отечественный препарат Азурикс®, представитель фебуксостата, не требует титрования дозы, поскольку выводится почками только частично (49% – почки, 45% – кишечник [6] в отличие от аллопуринола, 80% которого выводится почками и 20% – кишечником [7]) и принимается по 1 таблетке в сутки независимо от приема пищи.

У Азурикса точки воздействия шире, чем у аллопуринола. В организме присутствует две формы фермента ксантиноксидазы, участвующего в образовании МК. Они могут обмениваться ионами молибдена («пинг-понг»-механизм), превращаясь одна в другую. Фебуксостат блокирует обе формы (в отличие от аллопуринола, блокирующего только D-форму), что обуславливает лучший контроль воспалительного ответа и более активное воздействие на уровень МК (рис. 2) [6, 8].

Рис. 2. Фебуксостат (на примере Азурикс®) блокирует обе формы ксантиноксидазы.



В отсроченной перспективе фебуксостат показывает лучшую клиническую эффективность. Результаты проспективного когортного исследования пациентов с гиперурикемией и ХБП 3–4-й стадии показали, что фебуксостат обладает более высокой уратснижающей эффективностью, чем аллопуринол, а достижение целевых значений МК на фоне терапии фебуксостатом показало более медленное прогрессирование ХБП [9].

Важно, что препарат Азурикс® в форме таблеток начинает растворяться уже на 20-й секунде попадания в условия кислой среды желудка и полностью растворяется через 2 мин 40 с, активно высвобождая действующее вещество, тогда как капсулы фебуксостата растворяются довольно долго и эффект высвобождения происходит только на 19-й минуте [10].

Таким образом, Азурикс® можно рассматривать в качестве средства для контроля уровня МК у коморбидных пациентов с ССС и ХБП.



Подробнее о проблеме вы можете узнать из видеозаписи «Подагра: мелочей не бывает!» на портале CON-MED.RU

Литература

1. Елисеев М.С., Выходец И.Т., Круглова И.В. и др. Распространенность гиперурикемии у профессиональных спортсменов и ее роль в генезе различных патологических состояний и обменных нарушений. Современная ревматология. 2018; 12 (3): 82–8.
2. Клинические рекомендации. Подагра. Год утверждения: 2018. Ассоциация ревматологов России.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E et al.; EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 2006; 65 (10): 1301–11.
4. Елисеев М.С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры. Научно-практическая ревматология. 2014; 52 (2): 141–6.
5. Teng GG, Ang LW, Saag KG et al. Mortality due to coronary heart disease and kidney disease among middle-aged and elderly men and women with gout in the Singapore Chinese Health Study. Ann Rheum Dis 2012; 71 (6): 924–8. DOI: 10.1136/ard.2011.200523. Epub 2011 Dec 15. PMID: 22172492; PMCID: PMC3400339.
6. Инструкция по медицинскому применению препарата Азурикс.
7. Инструкция по медицинскому применению препарата аллопуринол.
8. Schumacher HR, Becker MA, Wortmann RL et al. The FOCUS trial 48-month interim analysis: long-term clinical outcomes of treatment with febuxostat in subjects with gout in an ongoing phase 2, open-label extension study. ACR/ARHP Annual Scientific Meeting 2006.
9. Liu X, Wang H, Ma R et al. The urate-lowering efficacy and safety of febuxostat versus allopurinol in Chinese patients with asymptomatic hyperuricemia and with chronic kidney disease stages 3–5. Clin Exp Nephrol 2019; 23 (3): 362–70. DOI: 10.1007/s10157-018-1652-5. Epub 2018 Oct 5. PMID: 30291473.
10. Эн. пещурр: https://con-med.ru/medexpert/rheumatology/videozapisi/2214231/