

ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ПОДАГРА

Д.А.Набиева

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

В последнее время находит постоянное подтверждение в практике гипотеза о том, что подагра является не только заболеванием суставов. Увеличивается объем информации о системности данной патологии, о сложных метаболических дефектах, затрагивающих нормальное функционирование многих органов и систем у пациента с подагрой. Статья посвящена комплексной диагностике изменений в гепатобилиарной системе при различных вариантах течения подагры, выявлению корреляции между клинической формой дерматоза и выраженностью изменений печени и билиарной системы.

Ключевые слова: подагра, гепатобилиарная система.

Болезнь депонирования кристаллов мочевой кислоты (МК) – подагра — самое распространенное воспалительное заболевание суставов у мужчин: им страдает до 2% взрослого мужского населения [1].

Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с нарушением пуринового обмена, повышением содержания в крови МК (гиперурикемия), обусловленным внешнесредовыми и/или генетическими факторами и воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия (МУН), протекающее с рецидивирующими приступами острого артрита, кристаллиндуцированными синовитами и образованием подагрических тофусов [2, 3].

В настоящее время подагра рассматривается как системное заболевание с поражением не только суставов, но и функциональными и морфологическими нарушениями других органов [1]. Важное значение придают нарушениям функции гепатобилиарной системы, поскольку патология печени и желчных путей может инициировать и усугублять выраженность воспаления, метаболические изменения, поддерживает нарушения процессов регенерации во всех системах в целом [2, 3].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных состоянию печени при подагре, сведения о частоте встречаемости нарушений гепатобилиарной системы при различных течениях заболевания, о клинических, лабораторных и инструментальных особенностях гепатопатий и о состоянии билиарной системы у пациентов с различными вариантами подагры противоречивы, отсутствуют унифицированные алгоритмы диагностики гепатобилиарных нарушений при этом заболевании [4].

Цель исследования – изучить частоту встречаемости, клинико-инструментальные особенности структурных и функциональных показателей

печени и билиарной системы при подагре, определить взаимосвязи и взаимовлияния патологии гепатобилиарной системы и разных вариантов течения заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 мужчин с верифицированным диагнозом подагры по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR), группа сравнения была представлена 30 пациентами с острым подагрическим артритом. Критериями включения в исследование являлись: пациенты с тофусной и без тофусной формой подагры в возрасте с от 20 до 65 лет (средний возраст – $41,3 \pm 2,1$ год). Критерии исключения: сахарный диабет, опухоли любой локализации; вирусные, аутоиммунные, алкогольные поражения печени; наличие очаговых (паразитарных, метастатических) поражений печени; острые инфекции и инвазии ЖКТ.

Пациенты состояли на диспансерном учете и находились на амбулаторном лечении в поликлинике СКАЛ 1 клиники Ташкентской медицинской академии. Для определения и оценки тяжести клинического течения заболевания нами были выбраны следующие критерии:

- Число воспаленных суставов, имеющих визуальные признаки воспалительных изменений. Характерный признак вовлечения суставов снизу-вверх – то есть классическое поражение I плюснефалангового сустава стоп, голеностопных, коленных суставов, суставов кистей и рук.

- Согласно протоколу обследования всем больным определяли количество видимых тофусов, их локализацию.

- Анализ выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) по 100 мм шкале (ВАШ боли) в динамике лечения.

Для верификации патологии гепатобилиарной системы анализировались клинические данные и

результаты лабораторно-инструментальных методов обследования. Всем пациентам определяли биохимические показатели: холестерин, фосфолипиды, липопротеиды, АСТ, АЛТ, ЛДГ, билирубин по фракциям. Выполнены УЗИ печени и билиарного тракта на аппарате «АЛОКА-SSD 630». Для выявления структурных признаков фиброза ткани печени выполнялась ультразвуковая эластометрия печени на аппарате «Фиброскан» (Echosens, Франция).

Результаты исследования и обсуждение. В зависимости от клинической формы подагры пациенты разделены на две группы: 1-я группа – с хроническим вариантом течения болезни с тофусами, 2-я группа – с хроническим вариантом течения болезни без тофусов.

У 15% пациентов из группы с хроническим вариантом течения болезни с тофусами, у 60% пациентов из группы сравнения при использовании методов клинической и лабораторно-инструментальной диагностики каких-либо

изменений гепатобилиарной системы не выявлено.

Клинические признаки поражения печени и билиарного тракта определены у 85% обследованных из 1-й группы, у 40% – из 2-й группы. Симптомы абдоминальной боли и билиарной дисфункции отмечались у 30% обследованных. Для билиарной дисфункции при подагре были характерны горечь во рту, рецидивирующие боли в подреберьях, тошнота, метеоризм, диарея, связанные с употреблением жирной и жареной пищи.

Гепатопатии клинически протекали бессимптомно и выявлялись в ходе целенаправленного исследования. При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, общего и прямого билирубина отмечалось в 1-й группе – в 42% случаев, во 2-й – в 16,7% случаев (табл.).

Повышение уровня холестерина, фосфолипидов и/или липопротеидов в 1-й группе выявлено у 74% пациентов, в группе сравнения – у 26,7% (рис.1).

Показатели функционального состояния печени при подагре

Показатель	Частота встречаемости, в процентах					
	Основная группа			Группа сравнения		
	Норма	Больше нормы, меньше 3 норм	Больше 3 норм	Норма	Больше нормы, меньше 3 норм	Больше 3 норм
АСТ	67	21	11	86,7	10	3,3
АЛТ	71	16	13	90	6,7	3,3
Билирубин общий	64	29	7	80	13,3	6,7
Билирубин прямой	62	33	5	83,3	13,3	6,7
ЩФ	79	17	4	83,3	16,7	0



Рис.1. Показатели липидного обмена

В 24% случаев с тофусной формой подагры при нормальном уровне холестерина крови наблюдались изменения соотношения липопротеидов в пользу преобладания ЛПНП и ЛПОНП. Описанные нарушения липидного спектра были отмечены у пациентов молодого возраста (до 35 лет) и не были связаны с высоким индексом массы тела (ИМТ). Подобные сдвиги в жировом обмене свидетельствуют о значительных метаболических изменениях и связаны с системностью патологического процесса при подагре, в том числе – с вовлечением в процесс гепатоцитов. При повышении уровня холестерина в крови у значительного числа обследованных не было выявлено ультразвуковых и биохимических признаков внутрипеченочного холестаза. Значимую связь между выраженностью изменений в липидном спектре крови и тяжестью течения заболевания описывали и другие авторы [3, 5, 9].

Результаты УЗИ билиарного тракта и печени при подагре приведены на рис. 2. У 76% пациентов основной группы, у 36,7% из группы сравнения обнаружены диффузное изменение структуры печени, повышение или понижение эхоплотности органа, признаки бескаменного или калькулезного холецистита, явления дисфункциональных расстройств билиарного тракта. У 74% пациентов с тофусной формой подагры отмечены изменения со стороны билиарной системы, включая признаки дискинезии желчевыводящих путей преимущественно по гипокинетическому типу (при проведении функциональных нагрузочных проб). У 58 пациентов выявлено сочетание билиарной

патологии и стеатоза (41%) или стеатогепатита (17%). У 16% пациентов основной группы определено изолированное поражение билиарного тракта. В группе сравнения только у 20% пациентов выявлены изменения УЗИ-картины печени, у 66,7% из этой группы определены признаки патологии билиарной системы, у 33,3% отмечались изолированная патология желчного пузыря.

По данным ультразвуковой эластометрии отмечено наличие фиброза печени по шкале Metavir: слабовыраженный фиброз (F1) определен у 29% пациентов в основной группе, у 16,7% – в группе сравнения. Выраженный фиброз (F3) определен только у 12% пациентов в основной группе и не выявлен в группе сравнения.

Пациенты из основной группы, у которых выявлены лабораторно-инструментальные признаки неалкогольной жировой болезни печени, стеатогепатита, либо сочетание патологии печени с поражением желчного пузыря имели тяжелое клиническое течение заболевания, тогда как у пациентов с изолированным поражением билиарной системы (дискинезии желчевыводящих путей, холецистит) отмечалось средней тяжести клиническое течение заболевания. Установлены также взаимосвязи между стадиями фиброза (по данным эластометрии по шкале METAVIR) и тяжестью клинического течения заболевания.

Заключение. Таким образом, с учетом полученных результатов у пациентов с хронической тофусной формой псориаза высока частота неалкогольной жировой болезни печени, начальных признаков фиброза печени в сочетании с патоло-

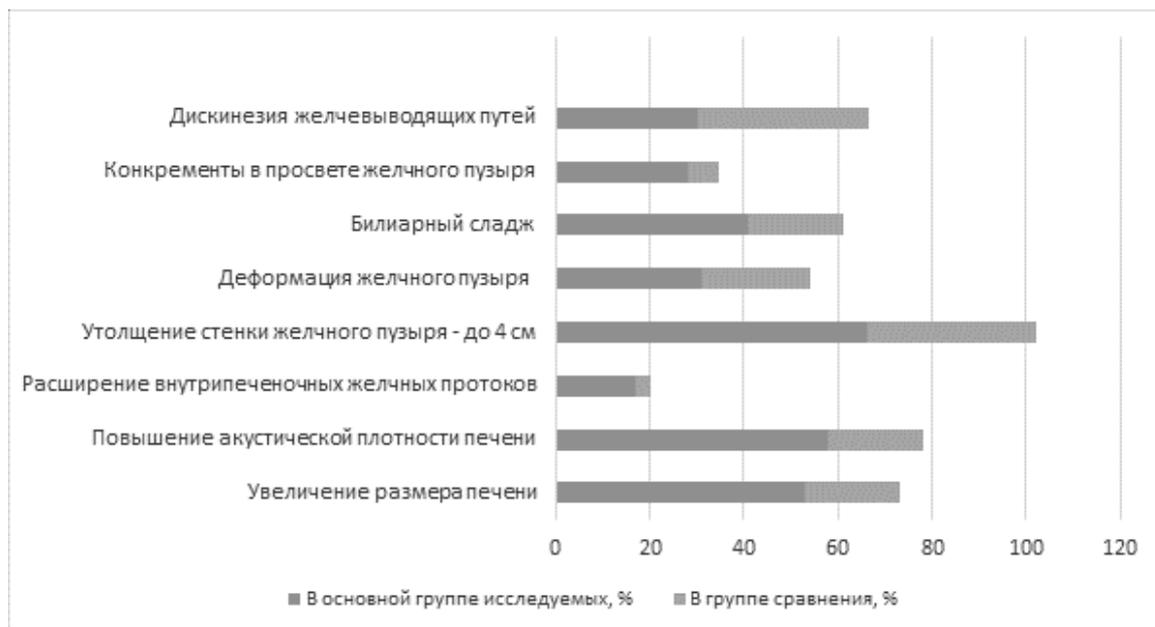


Рис.2. Показатели УЗИ органов брюшной полости основной группы и группы сравнения

гией билиарной системы. Патология билиарной системы разнообразна и характеризуется признаками дисфункциональных расстройств, симптомами бескаменного холецистита и ЖКБ. Установлены значимые связи наличия и тяжести поражения печени и билиарного тракта с клиническими формами подагры: при распространенном поражении кожи достоверно чаще встречаются признаки не только стеатоза, стеатогепатита, но и признаки продвинутого фиброза печени. Указанные обстоятельства необходимо учитывать при назначении терапии обострения хронической тофусной подагры, особенно при применении препаратов с потенциальным гепатотоксическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Денисов И.С. [и др.] / Частота метаболического синдрома и сопутствующих заболеваний у больных подагрой. Данные многоцентрового исследования // Научно-практическая ревматология. – 2012.-№50 с.15–18.
2. Елисеев М.С. /Алгоритм диагностики и лечения подагры // Рос. мед. журнал. – 2015. - №7 с.410-417
3. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The Bone and Joint Decade 2000-2010) // Рус. мед. журн. – 2000. №8 с.369-371.
4. Морозов, С.В. Клиническое использование эластографии печени и для диагностики выраженности фиброза у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени // С.В.Морозов, Ю.М.Труфанов, В.А.Исаков // Вестник РГМУ 2010 №2 с.6-11.

HEPATOBIILIARY SYSTEM PATHOLOGY AND GOUT

Nabiyeva D.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Recently, the permanent confirmation in practice, the hypothesis is that gout is not only a disease of the joints. New information on this pathology consistency, complex metabolic defects affecting the normal functioning of many organs and systems of the patient with gout is constantly appearing. The article is devoted to the complex diagnosis of changes in the hepatobiliary system in different types of gout, identifying the correlation between the clinical form of dermatosis and the severity of the liver and biliary system changes.

Keywords: gout, hepatobiliary system.

ОЦЕНКА ИММУНОГЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ 2-ЛЕТНЕГО СРОКА НАБЛЮДЕНИЯ

**М.С.Наумцева, Б.С.Белов, Е.Н.Александрова, Г.М.Тарасова, А.А.Новиков,
Д.Е.Каратеев, Е.Л.Лучихина, М.В.Черкасова, Ю.В.Муравьев**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А.Насоновой»
(ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой), г.Москва, Российская Федерация

Профилактика коморбидных инфекций – актуальная проблема современной ревматологии. Вопросам иммуногенности и безопасности различного рода вакцин посвящено достаточное число исследований. В результате проведенного исследования, включавшего 79 больных ревматоидным артритом (РА) и 31 лицо контрольной группы, показана достаточная иммуногенность и высокая безопасность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, аутоиммунные заболевания, пневмония, бронхиты, пневмококковая вакцина, вакцинация, коморбидные инфекции, коморбидность, иммуногенность, эффективность, переносимость.

Введение. Коморбидные инфекции (КИ) значимо влияют на течение и прогноз системных заболеваний соединительной ткани. В структуре КИ у пациентов ревматоидным артритом (РА) лиди-

рующее место занимают пневмонии [1, с.2287-2293]. В настоящее время профилактика КИ в ревматологии представляет собой весьма актуальную проблему, одним из путей решения которой яв-