

# Персоніфіковане тривале лікування ГІПЕРУРІКЕМІЇ ТА ПОДАГРИ\*



\* давньоримський політик  
Гай Юлій Цезар страждав на подагру

- **Подафєб є біоеквівалентним оригінальному препарату**
- **Подафєб — єдиний фебуксостат українського виробництва повного циклу<sup>1,2</sup>**



1. Sivera F, Andres M, Carmona L, et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. Ann Rheum Dis. 2014;73(2):328—35. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-203325.

2. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout/ <http://ard.bmj.com/content/annrheumdis/76/1/29.full.pdf>.

Реєстраційне посвідчення № UA/19325/01/01 та UA/19325/01/02. Наказ МОЗ України від 22.04.2022 № 673.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. **Виробник.** АТ «КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД». Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. 04073, Україна, м. Київ, вул. Копилівська, 38.



**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД**  
*Якість Без компромісів!*

# Еволюція доказових підходів до ведення пацієнтів із подагрою: що важливо знати

За матеріалами II Науково-практичної конференції «Мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів із метаболічними порушеннями» (23-24 лютого 2023 року)

**Подагра – системне захворювання, основним етіологічним чинником якого є гіперурикемія (ГУ; збільшення вмісту сечової кислоти (СК) у сироватці крові вище рівня сатурації) із подальшим відкладенням у тканинах моноурату натрію та розвитком запального процесу.**

За останні десятиліття не лише зросли поширеність та захворюваність на подагру, але й частота чинників ризику її виникнення. Про те, що подагра – це хвороба королів і аристократів, зараз згадують тільки в історичному значенні (як найдавніше захворювання, яке описував ще Гіпократ).

У межах II Науково-практичної конференції «Мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів із метаболічними порушеннями» прозвучали доповіді провідних ревматологів України, які були присвячені новим стандартам діагностики і лікування пацієнтів із подагрою.

**Кандидат медичних наук, доцент Свінціцький Ігор Анатолійович (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ)** висвітлює основні принципи ведення пацієнтів із подагричним артритом.

Найчастіше на подагру страждають мультиморбідні пацієнти. За останні десятиліття значно зросла кількість осіб, які ведуть нездоровий спосіб життя, вживають багато шкідливої їжі та мають низький рівень фізичної активності. У сучасних європейських рекомендаціях із діагностики подагри акцентується значна увага на чинниках ризику розвитку цього захворювання та коморбідних станах.

До значущих чинників ризику гіперурикемії належать вживання червоного м'яса, алкоголю, морепродуктів. За результатами досліджень канадських та американських учених, часте вживання солодких газованих напоїв на 85% збільшує ризик розвитку подагри (Choi et al., 2022).

Частіше подагричний артрит виникає у чоловіків, але випадки захворювання також реєструють і у жінок, особливо в постменопаузальний період.

Найпоширенішими коморбідними станами в разі розвитку подагри є:

- ожиріння;
- цукровий діабет (ЦД);
- ішемічна хвороба серця (ІХС);
- артеріальна гіпертензія (АГ);
- хронічна хвороба нирок (ХХН);
- сечокам'яна хвороба (рис. 1) (Choi et al., 2022).

До того ж, як зазначив доповідач, у пацієнтів із подагрою вказані коморбідні стани зустрічаються набагато частіше, ніж в осіб без подагри. Так, у деяких випадках поширеність коморбідних станів (зокрема, ЦД) вчетверо вища, ніж у пацієнтів, які не мають подагри.

За даними дослідження Н.К. Choi et al. (2022), за останні 40 років поширеність АГ, ЦД, ХХН, гіперліпемії та ін. лише зросла (рис. 2).

Тобто сьогодні лікарі все частіше мають справу із мультиморбідними пацієнтами.

## Патогенез подагри

Нормальний рівень СК у плазмі крові людини становить 240-360 мкмоль/л, а гіперурикемією вважають рівень СК >360 мкмоль/л. Уразі досягнення рівня 404 мкмоль/л починається відкладення кристалів СК у тканинах, зокрема навколо суглобів (тофуси), що стає субстратом розвитку подагри.

Протягом тривалого періоду часу пацієнти можуть не знати про підвищений рівень СК, оскільки не мають явних симптомів, аж до першого гострого нападу. Зокрема, період до наступного нападу болю може тривати до 5 років. Але якщо не контролювати рівень СК ці часові проміжки ставатимуть коротшими, а інтенсивність болю – сильнішою, що в подальшому призведе до розвитку тяжкої подагри (Koshnir, 2009).

В оновлених настановах щодо харчування та способу життя Австрійського товариства ревматології та реабілітації (OGR, 2022) для пацієнтів із подагрою і гіперурикемією експерти наголошують на абсолютній потребі в мотивації серед цих хворих до виконання рекомендацій зі збалансованого харчування, фізичної активності, помірному вживанню алкоголю (Sautner et al., 2022).

Гіперурикемія і подагра є незалежними чинниками ризику серцево-судинної смерті. Так, за даними популяційних досліджень, цей показник становить 4,5 випадку на 1000 пацієнто-років у популяції з нормальними рівнями

СК, зокрема 5,6 випадку на 1000 пацієнто-років у разі гіперурикемії та 10,46 випадку на 1000 пацієнто-років у хворих на подагру (Kuo et al., 2010).

За результатами досліджень Р.М. Keith et al. (2011) вживання вишневого концентрату або плодів вишні може допомогти підтримувати помірний рівень сечової кислоти в організмі людини. Результати дослідження продемонстрували, що це на 35% зменшувало симптоми подагри протягом декількох днів.

## Клінічні ознаки

Для подагри характерний раптовий початок болю в суглобах (часто вночі), який супроводжується почервонінням і набряком в одному або обох перших плесно-фалангових суглобах. Для уражених суглобів характерне обмеження рухів. У разі тривалого перебігу подагри формуються тофуси (вузлики), найчастіше їх виявляють через 6 років після першого подагричного нападу. Запідозрити захворювання можливо й за наявності болю в інших суглобах (наприклад, середина стопи, кісточки, кисті, зап'ястя, лікті).

У пацієнтів із болісними, почервонілими та набряклими суглобами необхідно оцінити ймовірність септичного артрити, відкладання кристалів пірофосфату кальцію та запального артрити. Хронічний запальний біль у суглобах може свідчити про хронічний подагричний артрит (NICE, 2022).

## Діагностика

У пацієнтів із клінічними ознаками подагри важливе значення має визначення сироваткового рівня СК. Якщо під час нападу він перебуває в межах нормальних значень, проте є обґрунтована підозра щодо діагнозу подагри, тоді його визначення необхідно повторити принаймні через 2 тижні після того, як міне атака.

З інструментальних методів діагностування використовують рентгенографію, ультразвукове дослідження (УЗД) або двоенергетичну комп'ютерну томографію (КТ) уражених суглобів. Аспірацію суглоба з мікроскопією синовіальної рідини (золотий стандарт діагностики) виконують за сумнівних випадків (NICE, 2022).

## Основні принципи лікування гострого нападу подагричного артрити

Метою лікування гострого нападу подагричного артрити є максимально швидке й безпечне зниження інтенсивності

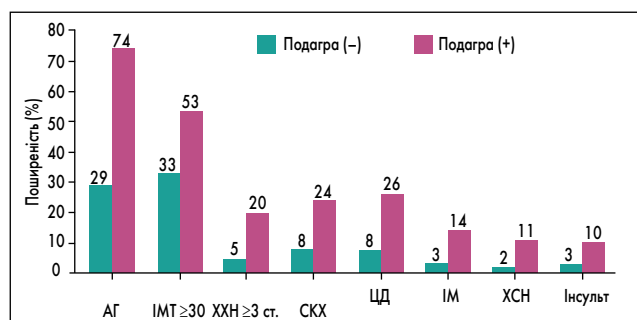


Рис. 1. Коморбідні стани за подагри

Примітки: АГ – артеріальна гіпертензія; ІМТ – індекс маси тіла; ХХН – хронічна хвороба нирок; СКХ – сечокам'яна хвороба; ЦД – цукровий діабет; ІМ – інфаркт міокарда; ХСН – хронічна серцева недостатність. Адаптовано за Н.К. Choi et al., 2022.

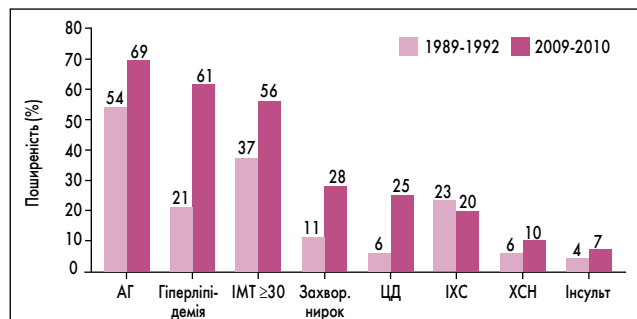


Рис. 2. Динаміка частоти коморбідних станів у разі подагри за останні 40 років

Примітки: АГ – артеріальна гіпертензія; ІМТ – індекс маси тіла; ХХН – хронічна хвороба нирок; ЦД – цукровий діабет; ІХС – ішемічна хвороба серця; ХСН – хронічна серцева недостатність. Адаптовано за Н.К. Choi et al., 2022.

більшого синдрому, відновлення функціональної здатності ураженого суглоба за нападу подагри, а також профілактика хронічного артрити, розвитку ускладнень і коморбідних станів.

Лікування має бути агресивним, у разі наявності тяжких атак доцільно застосовувати різні варіанти комбінацій препаратів. Зокрема, медикаментозна терапія гострого нападу подагри передбачає застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), глюкокортикоїдів (ГК) та/або колхіцину. Друга лінія лікування – інгібітори ІЛ-1. Серед додаткових заходів можливе використання локальних аплікацій із льодом і розвантаження ураженого суглоба (наприклад, ліжковий режим, підняте положення кінцівки).

Під час вибору медикаментозної терапії гострого артрити потрібно також враховувати наявність супутніх захворювань і приймання інших лікарських засобів, а також побажання пацієнта.

## Уратзнижувальна терапія

Важливим завданням для лікаря є донести до пацієнта, що уратзнижувальна терапія (УЗТ) переважно продовжується після досягнення цільового сироваткового рівня СК та зазвичай є пожиттєвим лікуванням. Найоптимальніше розпочинати УЗТ слід через 2-4 тиж. після зникнення симптомів загострення. Призначають препарати у низьких стартових дозах із поступовим їх підвищенням протягом декількох тижнів-місяців. У разі частих нападів сучасні рекомендації наголошують на можливості і більш раннього початку УЗТ (зокрема, під час гострого нападу) (NICE, 2022).

Упродовж усього періоду підбору дози препаратів необхідний ретельний моніторинг – визначення рівнів СК, контролювання функції нирок, а також можливого розвитку небажаних побічних явищ.

На сьогодні для зниження сироваткового рівня СК схвалено три групи препаратів: інгібітори ксантиноксидази, урикозуричні та уриказні агенти.

Як зазначив Ігор Анатолійович, відповідно до положень настанови NICE (2022) препаратами першої лінії УЗТ є найчастіше як антигіперурикемічні засоби використовують алопуринол і фебуксостат.

Пацієнтам, які мають тяжкі супутні серцево-судинні захворювання (інфаркт міокарда, інсулт в анамнезі або нестабільну стенокардію), як першу лінію терапії рекомендовано застосовувати алопуринол. Втім, за рекомендаціями EULAR з управління серцево-судинним ризиком за ревматичних захворювань і патологій опорно-рухового апарату, у пацієнтів із подагрою не слід надавати перевагу конкретній УЗТ через наслідки для серцево-судинної системи (Drosos et al., 2022).

На українському фармринку фебуксостат представлений сучасним генеричним препаратом **Подафіб**. Це високо-ефективний гіпоурикемічний засіб, селективний інгібітор ксантиноксидази з подвійним шляхом виведення з організму (нирки / печінка – практично 50/50), що має переваги під час лікування пацієнтів із супутньою ХХН та АГ.

Сьогодні Подафіб – це єдиний препарат на фармацевтичному ринку України, для якого і виробник (повного циклу), і заявник є українською компанією. Подафіб пройшов дослідження біоеквівалентності та відповідає оригінальному фебуксостату. Вітчизняний препарат виробляється із субстанції, синтезованої в Іспанії, і має оптимальне співвідношення «ціна / якість».

## Висновки

Підсумовуючи, Ігор Анатолійович наголосив, що подагра – це поширене хронічне захворювання суглобів, яке уражає від <1 до 6,8% населення. Крім того, показники поширеності та захворюваності на подагру продовжують зростати в усьому світі. Рання діагностика цього захворювання та виявлення коморбідних станів є вкрай важливими завданнями для лікаря-практика.

Подафіб – новий препарат вітчизняного виробника, який пройшов дослідження біоеквівалентності та разом із препаратом Алопуринол-КВ відіграють важливу роль у тривалій терапії пацієнтів із подагрою.

Підготувала **Мар'яна Гнатів**