

УДК 616.36-02

Рустамов Жахонгир Абдуолим угли, магистр.,

Усманова Умидахон Иминжановна

Кафедра ПСВ - 1

Андижанский государственный медицинский институт

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОГЕНЕЗЕ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Резюме: Гиперурикемия широко распространена в популяции и вносит существенный вклад в общий риск и риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Накопленная к настоящему моменту доказательная база свидетельствует о том, что гиперурикемия – независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и хронических заболеваний почек, а не просто их маркер, как обсуждалось ранее.

Многочисленные исследования подтверждают ассоциации уровня мочевой кислоты в сыворотке крови с развитием артериальной гипертонии, метаболического синдрома, риском развития инфаркта миокарда, инсульта, смерти от всех заболеваний и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, развитием жировой болезни печени.

Ключевые слова: жировая болезнь печени, мочевая кислота, гиперурикемия.у пациентов, и меры, направленные на улучшение качества их жизни.

Rustamov Zhakhongir Abduolim ugli, master.,

Usmanova Umidakhon Iminzhanovna

PSV - 1 Department

Andijan State Medical Institute

HYPERURICEMIA AND THE RISK OF DEVELOPING THE PATHOGENESIS OF FATTY LIVER DISEASE

Resume: Hyperuricemia is widespread in the population and contributes significantly to the overall risk and risk of developing cardiovascular diseases. The evidence base accumulated to date indicates that hyperuricemia is an independent risk factor for the development of cardiovascular diseases and chronic kidney diseases, and not just their marker, as discussed earlier.

Numerous studies confirm the association of serum uric acid levels with the development of arterial hypertension, metabolic syndrome, the risk of myocardial infarction, stroke, death from all diseases and death from cardiovascular diseases, the development of fatty liver disease.

Key words: fatty liver disease, uric acid, hyperuricemia.in patients, and measures aimed at improving their quality of life.

Актуальность. Долгое время мочевая кислота (МС) рассматривалась как инертный конечный продукт катаболизма на основе пуринов, но в последние десятилетия хроническая бессимптомная гиперурикемия (гу) не только была связана с отложением кристаллов моноурата натрия в тканях и подагрой, но и накапливалась независимо. фактор риска развития артериальной гипертензии (аг), метаболического синдрома, жировой болезни печени (ЖБП) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1,5].

Было обнаружено, что средняя общая популяционная частота МС в сыворотке крови постепенно увеличивается из-за изменений в рационе питания, увеличения индекса массы тела и увеличения ожидаемой продолжительности жизни в общей популяции и среди пациентов с СКД и застойной сердечной недостаточностью (СН) [2,4].

Распространенность патологических состояний, связанных с желудочно-кишечным трактом, растет, что делает эту проблему выходящей за рамки ревматологических заболеваний и требует широкого подхода с учетом риска развития ССЗ и заболеваний ЖБП.

Следует отметить, что, несмотря на активное изучение проблемы бессимптомного гу, наиболее важные аспекты все еще остаются

предметом обсуждения: какой уровень сывороточного МС следует считать гиперурикемией; является ли гу независимым предиктором или просто признаком риска развития КВГ, это вопросы, требующие ответы и еще раз ответы. продолжайте учиться [1,3].

Цель исследования. Целью обзора является обобщение имеющихся сведений по проблеме бессимптомной ГУ в аспекте рисков развития заболеваний печени.

Материал и методы исследования. Для решения поставленную мы провели научные испытания в общей сложности на 65 пациентах с гиперурикемией и страдающих жировой болезнью печени

Результаты исследования. Под бессимптомной ГУ понимают повышение уровня МК в сыворотке крови в отсутствие симптомов депонирования кристаллов моноурата натрия в тканях. До сих пор не существует единых критериев диагностики данного состояния. Статистически под ГУ понимают уровень МК в сыворотке крови выше двух стандартных отклонений по сравнению со средним уровнем здоровой популяции; физико-химически – концентрацию МК в сыворотке крови больше 416 мкмоль/л или 7 мг/дл при измерении ферментативными методами в стандартной лаборатории, патофизиологически – концентрацию МК, превышающую точку растворимости при температуре 37 °С при измерении ферментативными методами в стандартной лаборатории (6,4 или 6,8, или 7 мг/дл, по мнению разных авторов).

Определение ГУ широко варьирует в разных эпидемиологических и клинических исследованиях, что затрудняет сопоставление полученных результатов. Во многих исследованиях в качестве порогового значения ГУ использовался уровень МК в сыворотке крови ≥ 360 мкмоль/л (≥ 6 мг/дл) у женщин и ≥ 420 мкмоль/л (≥ 7 мг/дл) у мужчин. Эти же значения использованы в российских рекомендациях по АГ 2020 г. Наконец, ряд исследователей в качестве диагностического критерия предлагают

использовать единый уровень МК в сыворотке крови ≥ 360 мкмоль/л, основываясь на целевом значении МК при лечении подагры.

Несмотря на то, что данные ряда эпидемиологических исследований показывают связь между компонентами гиперурикемии и метаболическим синдромом, эти результаты весьма противоречивы и не могут четко показать, какую роль рассеянный склероз играет в метаболическом синдроме и связанных с ним заболеваниях, включая патогенез НАЖБП. Углубленное изучение этой области является актуальной и перспективной задачей, которая позволяет в дальнейшем разрабатывать эффективные схемы фармакологической коррекции НАЖБП от воздействия компонентов пуринового метаболизма. По нашему мнению, основанному на анализе литературных данных, повышение уровня мочевой кислоты само по себе не оказывает негативного влияния на метаболизм гепатоцитов, поскольку при ее синтезе образуются кислородные радикалы.

Вывод. Экспериментальные исследования показали эффективность применения ингибитора ксантиноксидазы - фебуксостата при стеатогепатите, сопровождающемся гиперурикемией, предотвращающего образование кислородных радикалов в ходе ксантиноксидазной реакции. Применение ингибиторов ксантиноксидазы может стать многообещающим направлением в лечении пациентов с НАЖБП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И. и др. Вирусные гепатиты. Новосибирск: Вектор-Бест, 2003. 58 с.
2. Подымова С.Д. Острые гепатиты при инфекционных заболеваниях // Гастроэнтерология. 2008. № 1. С. 38–42.
3. Порядин Г.В. Патофизиология. Курс лекций: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 592 с.
4. Симбирцев А.С., Тотолян А.А. Цитокины в лабораторной диагностике // Инфекционные болезни. 2012. № 2. С. 82–98.

5. Циммерман Я.С. Первичный билиарный цирроз печени: современные представления // Клиническая медицина. 2015. Т. 93. № 7. С. 5–14.