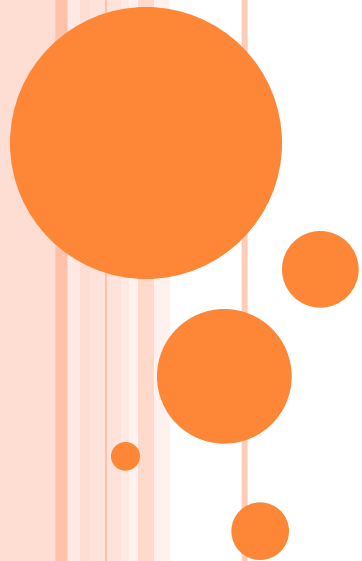
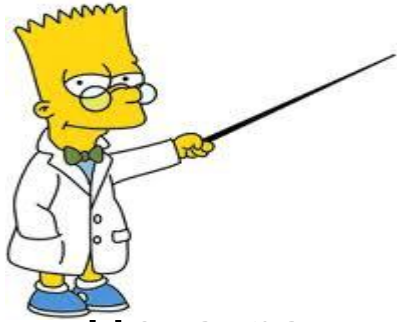


ПОДАГРА





АКТУАЛЬНІСТЬ

Щодагра — найбільш часта причина запального артрити у чоловіків старше 30 років, на частку якої припадає від 0,1 % до 1,7 % загальної захворюваності.

Сучасні епідеміологічні дослідження свідчать про збільшення розповсюдженості захворювання не тільки в країнах з високим економічним рівнем життя, але і в регіонах, у яких подагра раніше вважалась доволі рідкісною хворобою

- Розповсюдженість захворювання в деяких регіонах України складає понад 400 на 100 тис. населення. Питома вага хвороби серед ревматичних захворювань в Україні досягає 1,5 - 2 %



ПАТОГЕНЕЗ ПОДАГРИ

Основними механізмами розвитку подагри є підвищення синтезу (або надходження з їжею) сечової кислоти в організмі, а також дисбаланс між процесами канальцевої секреції і реабсорбції уратів.

- Причиною гіперпродукції сечової кислоти є дефіцит гіпоксантингуанінфосфорибозил-трансферази.
- Одним з найважливіших механізмів виникнення ГУК є зменшення ниркової екскреції СК внаслідок генетичного дефекту в транспорті уратів.



ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ПІДВИЩЕННЮ ЗУСТРІЧАЛЬНОСТІ ТА ФОРМУВАННЮ ПОДАГРИ

- збільшення тривалості життя населення
- зміна дієтичних переваг на користь продуктів, багатих на пурини, фруктозу
- надмірне споживання алкоголю
- зростання ожиріння та метаболічного синдрому
- зростання АГ на яку страждають до 44 % дорослого населення світу
- часте використання діуретиків, аспірину
- підвищення кількості пацієнтів, що отримують хіміотерапію внаслідок онкологічних захворювань,
- збільшення кількості пацієнтів із захворюваннями нирок та серцевою недостатністю



КЛАСИФІКАЦІЯ

Клінічні стадії

- Гострий подагричний артрит
- Міжнападна подагра
- Хронічний подагричний артрит
- Хронічний тофусний артрит

Рентгенологічні стадії ураження суглобів

- I – великі кісти (тофуси) у субхондральній кістці та в більш глибоких шарах.
- II - великі кісти (тофуси) у субхондральній кістці поблизу суглобу та дрібні ерозії суглобових поверхонь, ущільнення навколосуглобових тканин.
- III – великі ерозії не менше ніж на 1/3 суглобової поверхні, значне ущільнення тканин, остеоліз епіфіза.

Ступінь функціональної недостатності: (ФН0 – збережена; ФНI – працездатність тимчасово обмежена; ФН II – працездатність втрачена; ФН III – потребує сторонньої допомоги)



ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

А. Виявлення в суглобовій рідині характерних кристалів урату натрію

Б. Наявність тофусів або наявність 6 з 12 перерахованих ознак:

1. В анамнезі наявність більше ніж однієї атаки гострого артрити
2. Максимальне запалення в 1-шу добу
3. Моноартикулярний характер ураження
4. Почервоніння шкіри під час атаки над суглобом
5. Біль і припухлість в 1-му плеснофаланговому суглобі
6. Однобічні напади з ураженням 1-го плеснофалангового суглобу
7. Однобічні напади з ураженням таранного суглобу
8. Вузликові утворення, схожі на тофуси
9. Гіперурикемія (вміст сечової кислоти більше 360 мкмоль/л)
10. Асиметрична припухлість суглобу
11. Субкортикальні кісти без ерозій
12. Негативні результати бактеріологічного посіву суглобової рідини під час нападу



ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Гіперурикемія (вміст сечової кислоти більше 360 мкмоль/л).
2. Підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, збільшення С-реактивного білку.
3. Збільшення креатиніну, сечовини, зменшення ШКФ, протеїнурія, кристали сечової кислоти в сечі – при ураженні нирок (подагрична нефропатія).
4. Дисліпідемія (збільшення тригліцеридів, ХС ЛПНЩ, зменшення ХС ЛПВЩ).



ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ

Дієтотерапія:

- обмеження м'ясних та рибних продуктів, бобових, зелені, міцної кави та чаю;
- припинення вживання алкогольних напоїв;
- збільшення обсягу рідини, що випивається (до 2-3 на день)

Лікування гострого нападу подагри:

- НПЗП (Мелоксикам 7,5 – 15 мг на добу; німесулід 100 мг 2 рази на добу, целекоксиб 200 мг 1-2 рази на добу, диклофенак натрію 100-150 мг на добу);
- ГКС (системно чи внутрішньосуглобово);
- колхіцин (в початковій дозі 0,5 мг, потім щогодини призначають додатково по 0,5-1 мг кожні дві години до повного припинення нападу)



ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ

Антигіперурикемічна терапія:

- урикодепресанти (алопуринол 300-600 мг на добу, фебуксостат 40-120 мг на добу),
- урикозуричні препарати (пробенецид 0,25 мг 2 рази на добу, сульфінпіразон до 0,8 г рази на добу, бензобромарон 0,08-0,1 г на добу.
- Препарати, що підвищують розчинність сечової кислоти в сечі (магурліт, ураліт)
- Мета – досягнення цільового вмісту сечової кислоти менше 360 мкмоль/л

Фізіотерапевтичне лікування

- при зменшенні запального процесу



ПРИКЛАД ДІГНОЗУ

- Гострий подагричний артрит, I атака з ураженням великого пальця ступні, рентген стадія 0, СФН III. Нефролітіаз
- Хронічний подагричний артрит, поліартрит, стадія загострення з ураженням суглобів стоп, колінних суглобів з наявністю периферичних тофусів в області вушних раковин, рентген-стадія III, СФН II. Подагрична нефропатія

