

Подагра

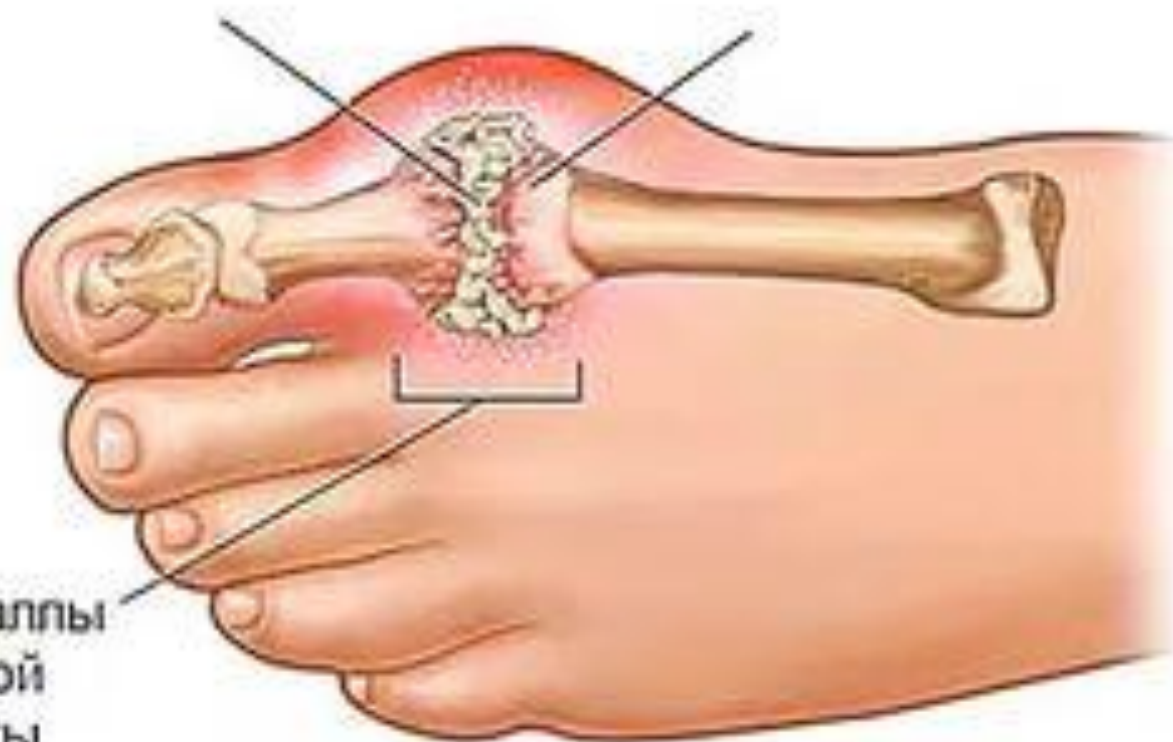
Выполнила : Капова А.А. 507 «В»
гр

- **ПОДАГРА** - общее заболевание организма, в основе которого лежит нарушение пуринового обмена с избыточным отложением солей мочевой кислоты в тканях, что приводит к характерному поражению суставов, почек и других внутренних органов.

Отложение солей

Воспаленный сустав

Кристаллы
мочевой
кислоты



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность подагры составляет 0,1 % (в США -1,5%).
Распространенность подагры составляет 0,1 % (в США -1,5%).
- Среди ревматических болезней на ее долю приходится 5 %.
- Среди ревматических болезней на ее долю приходится 5 %.
Соотношение мужчин и женщин составляет 2-7:1. Пик заболеваемости 40-50 лет у мужчин, 60 лет и старше у женщин.
- Соотношение мужчин и женщин составляет 2-7:1. Пик заболеваемости 40-50 лет у мужчин, 60 лет и старше у женщин.
- Гиперурикемия выявляется у 4-12% населения, подагрой страдает 0.1% населения
Гиперурикемия выявляется у 4-12% населения, подагрой страдает 0.1% населения

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Различается гиперурикемия

- **Первичная** – увеличение образования
- **Вторичная** – снижение почечной экскреции уратов

Первичная, или идиопатическая (эссенциальная), гиперурикемия характеризуется как наследственная и семейная аномалия пуринового обмена, детерминированная несколькими генами.

ПРИЧИНЫ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ УРАТОВ

- Избыточное потребление пищи, богатая пуринами, алкоголя, фруктозы
- Гематологический:
миелопролеферативные и
лимфопролеферативные синдромы
полицитемия
- Лекарственные
- Другие: ожирение, псориаз Другие:
ожирение, псориаз

ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ УРАТОВ

- Лекарственные средства
- Алкоголь
- Заболевания почек
- Метаболические и эндокринные
- Другие: ожирение, саркоидоз, токсикоз беременных

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- длительное переедание
- чрезмерное употребление продуктов, содержащих пуриновые основания
- злоупотребление алкоголем
- запоры

Патогенез

- Стимуляция под влиянием уратных кристаллов синтеза провоспалительных медиаторов фагоцитами, синовиальными клетками и другими компонентами сустава
- Адгезия нейтрофилов к эндотелию и поступления нейтрофилов в полость
- Поступление провоспалительных медиаторов в кровеное русло
- Развитие системных проявлений, характерных для острого подагрического артрита

В зависимости от степени урикозурии выделяется 3 типа гиперурикемии и соответственно 3 типа подагры:

- 1.Метаболический
- 2.Почечный
- 3.смешанный.

Метаболический тип

- встречается у 60 % больных
высокая уратурия (более 3,6
ммоль/сут) нормальный
клиренс мочевой кислоты.

Почечный тип

- встречается у 10 % больных
проявляется низкими уратурией
(менее 1,8 ммоль/сут)
клиренсом мочевой кислоты
(3,0- 3,5 мл/мин).

Смешанный тип

- встречается у около 30 % больных свойственны нормальная или сниженная уратурия нормальный клиренс мочевой кислоты. У здоровых клиренс мочевой кислоты составляет 6-7 мл/мин, суточная уратурия - 1,8-3,6 ммоль (300- 600 мг).

Классификационные критерии острого подагрического артрита (S.L.Wallace et al., 1977)

- Наличие характерных кристаллических уратов в суставной жидкости
- Присутствие тофусов, содержащих кристаллические ураты, подтвержденных химически и поляризационной микроскопией
- Наличие любых из 6 из 12 ниже перечисленных признаков
- Более одной атаки острого артрита в анамнезе
- Воспаление сустава достигает максимума в первый день болезни

- Моноартрит
- Гиперемия кожи над пораженным суставом
- припухание и боль в первом плюснефаланговом суставе
- Одностороннее поражение суставов стопы
- Подозрение на тофусы
- Гиперурикемия
- Асимметричный отек суставов (рентгенография)
- Субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография))
- Отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости



Клиническая картина.

- Наиболее типичным клиническим признаком подагры являются периодически возникающие приступы острого подагрического артрита.
- Интермиттирующая подагра характеризуется чередованием острых приступов с бессимптомными межприступными промежутками.

- У большинства больных клинически определяемое начало болезни совпадает с первым острым приступом артрита, который может возникнуть внезапно в любое время, но чаще ночью, у многих ближе к утру (с пением петухов). Больной ложится спать как будто здоровым, а ночью просыпается от сильнейшей жгучей давящей пульсирующей, рвущей боли в одном или нескольких суставах.

ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- В дебюте болезни чаще поражаются суставы ног, в основном типична асимметричность поражений. С убывающей частотой в подагрический процесс вовлекаются суставы стоп. голеностопные, коленные, пальцев рук, локтевые и др.
- подагры возникают в первом плюснефаланговом суставе большого пальца. Реже болезнь начинается по типу полиартрита.

Подагрические тофусы



ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Общий анализ крови и мочи
- Биохимический анализ: общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, мочевая кислота, мочеви́на, креатинин
- Проба Реберга и Зимницкого
- Рентгенография пораженных суставов
- Определение суточной экскреции с мочой и клиренса мочевой кислоты

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- Общий анализ крови: вне приступа без изменений, во время приступа – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ
- Биохимия: в периоде обострения повышение серомукоида, фибрина, гаптоглобина, сиаловых кислот, мочевой кислоты

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Рентгенография суставов – остеопороз, «штампованные» очаги, симптом «вздутия костного края».
- Исследование синовиальной жидкости: цвет прозрачный, вязкость снижена.
- Микроскопически определяются кристаллы уратов
- Пункционная биопсия тофусов: обнаружение кристаллов мочевой кислоты

Рентгенологическая картина подагрического артрита



Деструкции вызванные внутрикостным отложением уратов (солей мочевой кислоты)



Почечные осложнения

- хронической гиперурикемии
- Мочекаменная болезнь
- Хроническая уратная (подагрическая) нефропатия
- У 20-40% наблюдается протеинурия и «мягкая» артериальная
- Реже нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия, нарушение функции почек

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Псевдоподагра
- Реактивный артрит
- Полииндромный ревматизм
- Ревматоидный артрит
- Острая ревматическая лихорадка
- Обострение остеоартроза

ЛЕЧЕНИЕ I

Купирование острого приступа подагры II.
Длительное перманентное лечение

- 1. Режим
- 2. Нормализация массы тела
- 3. Исключение алкоголя
- 4. Лечебное питание
- 5. Лечение средствами уменьшающими гиперурекемию
- 6. Физиотерапевтическое лечение
- 7. Санаторно курортное лечение

Общие мероприятия

- (полный покой, возвышенное положение ноги, обильное питье)
- Медикаментозное лечение
 - 1. Применение колхицина
 - 2. Применение НПВС
 - 3. Применение ГКС
 - 4. Местное применение лекарств (димексид с анальгином, новокаином, индометацином)

ЛЕЧЕНИЕ

- Диетотерапия исключение алкоголя
исключение алкоголя уменьшение
употребления в пищу продуктов,
содержащих большое количество
пуриновых оснований (мясо, рыба и
продукты из них).

нестероидные противовоспалительные

средства:

- вольтарен (150 - 200 мг/сут), индометацин (150 - 200 мг/сут), бутадион (0,6 г/сут).
- . индометацин бутадион индометацин бутадион
- Уриколитики: аллопуринола (милурита) в суточной дозе 0,3 - 0,4 г для нормализации уровня мочевой кислоты в крови.
аллопуринола
- урикозурические средства: антуран (суточная доза 0,2 - 0,6 г) или этамид (курсами по 1 - нед в суточной дозе 2,8 г с перерывами 1 - 2 нед)