

# Подагра



# Определение

**Подагра – системное заболевание, в основе которого лежит нарушение пуринового обмена с избыточным отложением солей мочевой кислоты в тканях, что приводит к поражению суставов, почек и других внутренних органов**

# Актуальность проблемы подагры

- абсолютное увеличение больных – по данным эпидемиологических исследований, проведенных в Европе и США в 70-е годы, подагрой болеет до 2% взрослого населения
- поздняя диагностика в связи с недооценкой классических ранних признаков заболевания и многообразием вариантов начала и течения болезни
- сдвиг дебюта болезни на более ранний возраст (до 30 лет) и более частое поражение женщин
- сочетание подагры с другими заболеваниями суставов

# Пуриновый обмен и содержание мочевой кислоты

- Запасы мочевой кислоты в форме урата натрия в организме составляют **1000** мг при скорости обновления **650** мг/сут.
- Концентрация его в сыворотке зависит от пола и возраста, роста, массы тела, уровня артериального давления, функции почек и употребления спиртных напитков.
- Нормальная концентрация мочевой кислоты в сыворотке женщин детородного возраста составляет **0,24-0,36** ммоль/л, мужчин – **0,3-0,42** ммоль/л.
- Содержание мочевой кислоты свыше этого уровня расценивается как **гиперурикемия** с высоким риском развития подагры.

# Патогенетические типы гиперурикемии и подагры

**Первичная подагра –  
мультифакториальное  
наследственное заболевание**

```
graph TD; A[Первичная подагра – мультифакториальное наследственное заболевание] --> B[Метаболический тип]; A --> C[Почечный тип]; A --> D[Смешанный тип];
```

**Метаболический  
тип**

**Почечный  
тип**

**Смешанный  
тип**

# Патогенез метаболического типа гиперурикемии

- обусловлен генетически детерминированными нарушениями в системе ферментов, принимающих участие в процессе ресинтеза нуклеотидов из пуринов (снижение активности амидофосфорибозилтрансферазы, повышение активности фосфорибозилпирофосфатазы)
- характеризуется **высокой уратурией и нормальным клиренсом мочевой кислоты**

# Патогенез почечного типа гиперурикемии

- связан с неспособностью почек компенсировать уратную нагрузку увеличением канальцевой экскреции
- характеризуется **низкой уратурией и низким клиренсом мочевой кислоты**

# Патогенез смешанного типа гиперурикемии

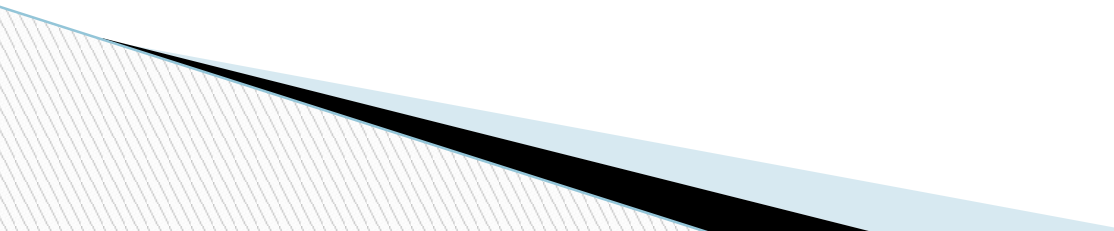
- сочетает метаболические и почечные механизмы
- характеризуется **нормальной или сниженной уратурией и нормальным клиренсом мочевой кислоты**



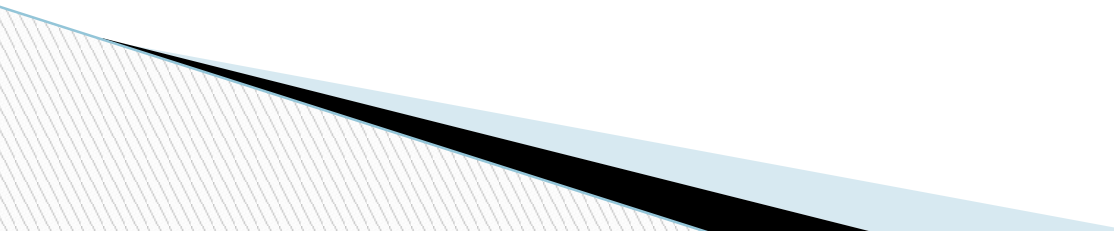
# Вторичная гиперурикемия

- На фоне **почечной недостаточности**, в результате которой уменьшается выделение мочевой кислоты из организма
- При **усиленной пролиферации, массовой гибели и распаде клеток** (при бластном кризе в клинике лейкозов, в процессе химиотерапии злокачественных новообразований (синдром распада опухоли), гемолизе и рабдомиолизе)
- На фоне **длительного приема ряда лекарственных препаратов** - диуретиков, салицилатов в дозе свыше 2 г/сут, никотиновой кислоты, леводопа, циклоспорина

# Факторы, способствующие развитию подагры

- переедание, особенно употребление преимущественно мясной пищи
  - употребление алкогольных напитков, в первую очередь, пива и виноградных вин
  - малоподвижный образ жизни
  - резкая дегидратация, в том числе развивающаяся вследствие употребления мочегонных препаратов
- 

# Фазы патогенеза подагры

- Гиперурикемия и накопление уратов в организме
  - Отложение уратов в тканях
  - Острое подагрическое воспаление в ответ на выпадение кристаллов урата натрия в тканях
- 

# Классификация подагры

## I. По этиологии:

первичная;  
вторичная.

## II. По патогенезу:

метаболическая;  
почечная;  
смешанная.

## III. По периодам болезни:

преморбидный (гиперурикемия);  
интермиттирующий;  
хроническая подагра.

## IV. По клиническим формам:

суставная;  
висцеральная;  
висцеро-суставная;

## V. По типу поражения суставов:

моноартрит;  
олигоартрит;  
полиартрит.

## VI. По тяжести течения:

легкое;  
среднетяжелое,  
тяжелое.

# Клиническая картина подагры

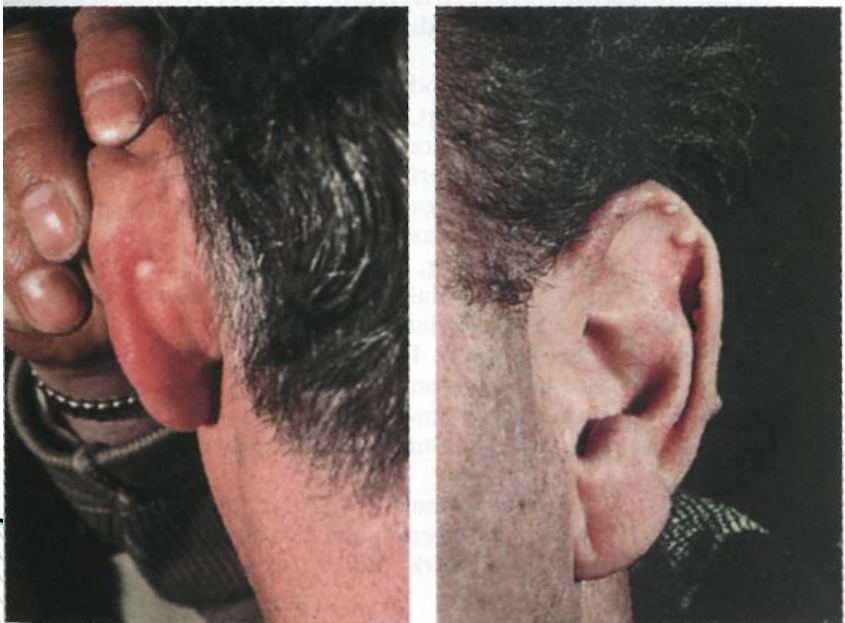
- Подагрический артрит
- Тофусы
- Подагрическая висцеропатия
  - нефропатия
  - рецидивирующие флебиты
  - конъюнктивиты
  - фарингиты

- Картина классической подагры с поражением I-го плюснефалангового сустава
- Ревматоидноподобная форма с поражением суставов кистей рук
- Тофусы



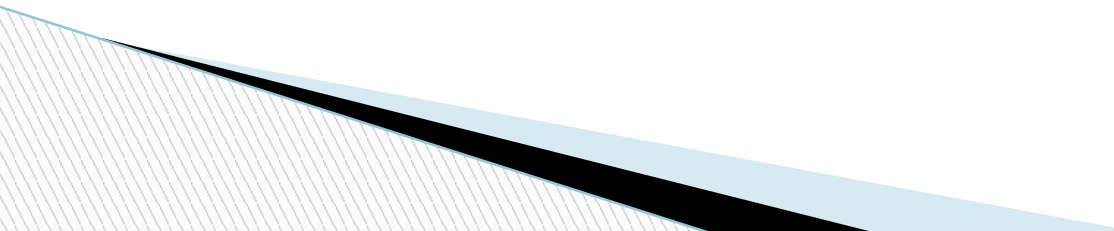


□ Опухолевидные утолщения суставов кистей рук в связи с воспалением мягких околосуставных тканей



□ Внесуставные тофусы в области ушных раковин

# Клинические варианты первого приступа подагры

- Классическая
  - Ревматоидноподобная
  - Псевдофлегмонозная
  - Напоминающая ревматический полиартрит
  - Подострая
  - Астеническая
  - Периартритическая
- 



# Варианты течения подагры

- **Легкое течение** - приступы не чаще 1-2 раз в год, поражение 1-2 суставов, отсутствие рентгенологических признаков костной деструкции и висцеропатий
- **Среднетяжелое течение** - приступы 3-5 раз в год, поражение 2-4 суставов, умеренная костно-суставная деструкция, мелкие тофусы, почечно-каменная болезнь
- **Тяжелое течение** - приступы чаще 5 раз в год, множественное поражение суставов, резко выраженная костно-суставная деструкция, крупные тофусы, выраженная нефропатия

# Доказательная диагностика подагры

- Наличие характерных **кристаллов уратов в синовиальной жидкости**  
**и (или)**
- Наличие **тофусов**, содержащих кристаллические ураты, подтвержденные химически или поляризационной микроскопией  
**и (или)**
- Наличие **6 из 12 признаков, предложенных Американской ревматологической ассоциацией**

# Критерии диагностики подагры, предложенные Американской ревматологической ассоциацией

1. Более одной атаки острого артрита в анамнезе
2. Максимум воспаления сустава в первые сутки болезни
3. Моноартикулярный тип артрита
4. Гиперемия кожи над суставом во время атаки
5. Отек и боль в I плюснефаланговом суставе
6. Одностороннее поражение I плюснефалангового сустава
7. Одностороннее поражение суставов стопы
8. Подозрение на тофусы
9. Гиперурикемия
10. Асимметричные изменения суставов на рентгенограмме
11. Субкортикальные кисты без эрозий на рентгенограмме
12. Отсутствие микробной флоры в синовиальной жидкости

# Программа диагностики подагры

- **общий анализ крови и мочи**
- **биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, серомукоид, сиаловые кислоты, фибрин, С-реактивный белок, мочевая кислота, мочеви́на, креатинин)**
- **пробы Реберга и Зимницкого**
- **рентгенография пораженных суставов**
- **исследование синовиальной жидкости и пунктатов тофусов (в сложных для диагностики случаях)**
- **для диагностики подагрической почки УЗИ, экскреторная урография, консультация уролога**

# Дифференциальная диагностика подагры

- острый инфекционный артрит
- реактивный (инфекционно-аллергический) артрит
- ревматический полиартрит
- ревматоидный артрит
- деформирующий остеоартроз
- псевдоподагра
- псориатическая артропатия
- синдром Рейтера

# Принципы диетической терапии подагры

- Гипокалорийная диета с целью снижения массы тела
- Снижение потребления пуринов, белков и липидов (1 г/кг в сутки)
- Обильное щелочное питье (до 2-3 л/сут)
- Исключение потребления алкоголя, крепкого чая и кофе

# Лечение больного с острым подагрическим артритом

- Полный покой
- Малокалорийная пища
- Обильное щелочное питье
- **Нестероидные противовоспалительные препараты**
- **Колхицин** по схеме:
  - 1-е сутки – 4 мг
  - 2-е сутки – 3 мг
  - 3-и сутки – 2,5 мг
  - 4-е сутки – 2 мг
  - 5-8-е сутки – 1,5 мг
- Внутрисуставное введение **гидрокортизона**  
25-100 мг

# Базисная терапия подагры

□ Урикодепрессивные средства (снижение синтеза мочевой кислоты) – аллопуринол, начиная с 300-400 мг/сут в течение 4-6 месяцев

□ Урикозурические средства (снижение реабсорбции уратов в почечных канальцах) – этамид, пробенецид, антуран, этамид, кетазон, дезурик курсами



# Методы физиотерапии подагры (рассасывающий и аналгетический эффекты)

- диатермия
- электрофорез с литием
- фонофорез с гидрокортизоном
- грязевые и парафиновые аппликации
- диадинамотерапия
- радоновые и сероводородные ванны
- массаж
- ЛФК