

ПОДАГРА

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ

к.м.н Кцоева С.А.

ПОДАГРА - хроническое заболевание, связанное с нарушением обмена мочевой кислоты, клинически проявляющееся рецидивирующим артритом, образованием подагрических узлов (тофусов) и поражением внутренних органов

МКБ X пересмотра:

Подагра –М 10

- Идиопатическая подагра М 10. 0
- Свинцовая подагра М 10.1
- Лекарственная подагра М 10. 2
- Подагра, обусловленная нарушением почечной функции М 10. 3

Стадии развития подагры :

- Острый подагрический артрит
- Межприступная «интервальная» подагра
- Хроническая тофусная подагра

ЭТИОЛОГИЯ

Гиперпродукция мочевой кислоты

А. Первичная гиперурикемия

- Дефекты ферментативной системы синтеза мочевой кислоты
- Повышение активности 5-фосфорибозил-1-синтетазы
- Недостаточность гипоксантин-гуанинфосфорибозил трансферазы
- Болезни накопления гликогена

Б. Вторичная гиперурикемия

- Избыточное потребление продуктов, богатых пуриновыми основаниями;
- Повышенном распаде АТФ при злоупотреблении алкоголем
- Использовании продуктов, содержащих фруктозу
- Повышенный обмен нуклеотидов при миелопролиферативных и лимфопролиферативных заболеваниях
- Лекарственные препараты (циклоспорин, никотиновая кислота, тиазиды, лазикс, и др.)

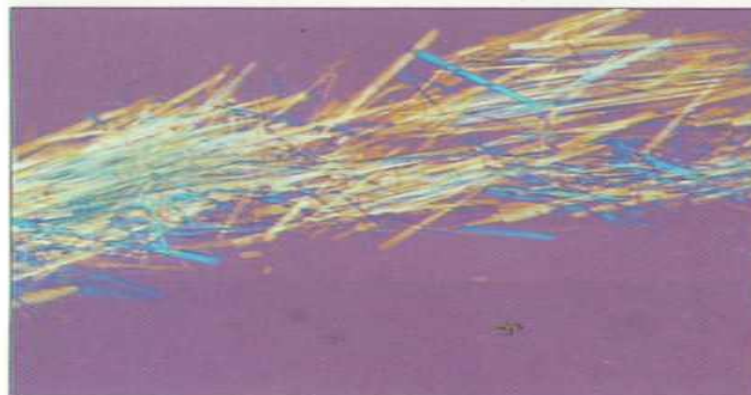
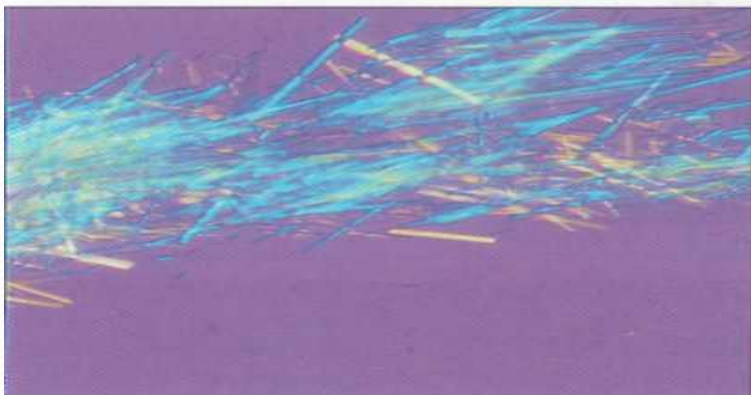
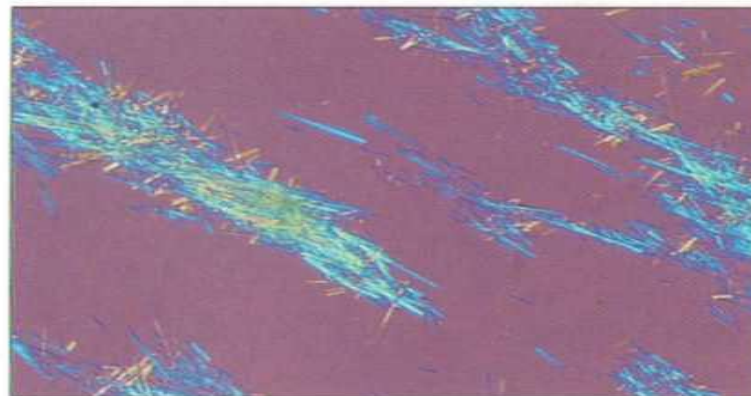
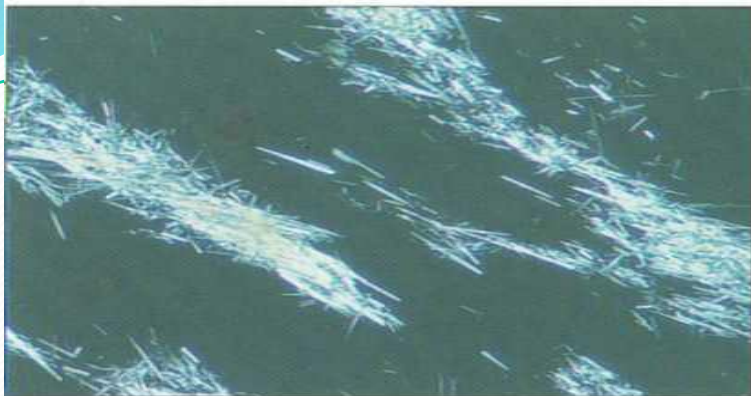
Классификационные критерии подагры

- А. Наличие характерных кристаллов мочевой кислоты в суставной жидкости
- Б. Наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией
- В. Наличие 6 из 12 перечисленных признаков :
 1. Более одной атаки острого артрита в анамнезе
 2. Воспаление сустава ,достигаемое максимума в 1-й день болезни
 3. Моноартрит
 4. Гипертермия кожи над пораженным суставом
 5. Припухание и боль в первом плюснефаланговом суставе(ПФС)
 6. Одностороннее поражение первого ПФС
 7. Одностороннее поражение суставов стопы
 8. Подозрение на тофусы
 9. Гиперурикемия
 10. Ассиметричный отек суставов
 11. Субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография)
 12. Отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости

Стандарт обследования

Лабораторное исследование

- Определение сывороточного уровня мочевой кислоты (в норме : мужчины до 60 лет - 0,48 ммоль\л женщины до 60 лет - 0,38 ммоль\л)
- Исследование синовиальной жидкости
- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови (креатинин, глюкоза, ферменты -АЛТ, АСТ)
- Рентгенография пораженных суставов



271. Кристаллы уратов в суставной жидкости. Этот больной пришел к врачу в новогоднюю ночь с жалобами на сильную боль в запястье, которая продолжалась вот уже пять дней. Сам больной считал, что ушиб руку, но не мог припомнить, как это произошло. Из лучезапястного сустава взяли синовиальную жидкость и исследовали ее в поляризованном свете (два верхних снимка, справа — с красным фильтром). Синовиальную жидкость поместили между поляризатором и анализатором, оси которых взаимно перпендикулярны. Теперь на темном фоне ярко светятся кристаллы уратов, так как каждый из кристаллов расщепляет луч света на два поляризованных луча со взаимно перпендикулярными плоскостями поляризации. Нижние снимки: анализатор с красным фильтром установлен на 0° (слева) и на 90° (справа): кристаллы изменили цвет. Это явление называют дихроизмом. Двойное лучепреломление и дихроизм — два характерных свойства кристаллов урата натрия. Диагноз подагры был, таким образом, подтвержден, больному назначили лечение. Доказать, что артрит именно подагрический, можно только одним способом — методом поляризационной микроскопии обнаружить кристаллы урата натрия в синовиальной жидкости.

Рентгенологические признаки хронического артрита при подагре

- Эрозии с каймой склероза (в основном на краях эпифизов костей) – симптом «пробойника», или краевая эрозия с нависающими краями (в виде «свешивающейся губы»)
- Относительная сохранность суставной щели вплоть до поздних стадий заболевания
- Наиболее характерное поражение – I ПФС стопы, достаточно часто определяются изменения в проксимальных и дистальных МФ суставов стоп
- Типичными считаются ассиметричные артриты с чередованием внутрикостных и мягкотканых тофусов.

Факторы, провоцирующие развитие острого приступа подагры (триггеры)

- Прием алкоголя
- Употребление пищи, богатой пуриновыми основаниями
- Физическая нагрузка
- Травма
- Хирургическое вмешательство
- Кровотечения
- Различные острые процессы в организме, включая инфекционные заболевания
- Прием некоторых лекарственных средств
- Лучевая терапия

Характерные черты острого приступа подагры

- **Внезапное** начало суставной атаки, в любое время суток, но **чаще ночью или рано утром**
- **Чрезвычайно высокая интенсивность боли**
- **Быстрое нарастание местных симптомов воспаления**, достигающее максимума через несколько часов ;
- **Значительное ограничение движений** в пораженном суставе
- **Полное спонтанное обратное развитие симптомов** через 3-7-10 дней



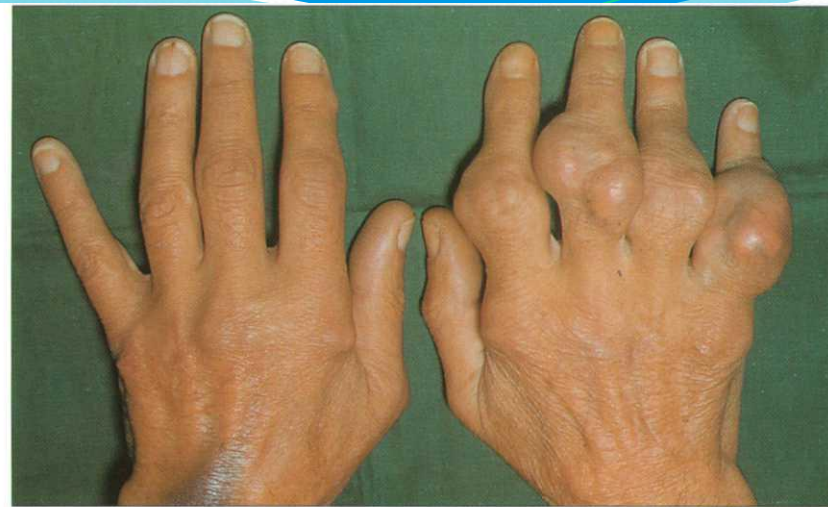
751. Во время приступа подагры больные предпочитают домашние тапочки. Этот больной, по профессии юрист, проснулся ночью от невыносимой боли в стопе. К врачу он явился в туфле на одной ноге и в домашнем тапочке на другой: левая стопа была отечной, болезненной и не помещалась в ботинок.



463. Подагрические тофусы на пальцах. Тофусы нередко напоминают абсцессы: гиперемированные, горячие на ощупь, с выделением кашицеобразной массы и шелушащейся поверхностью.



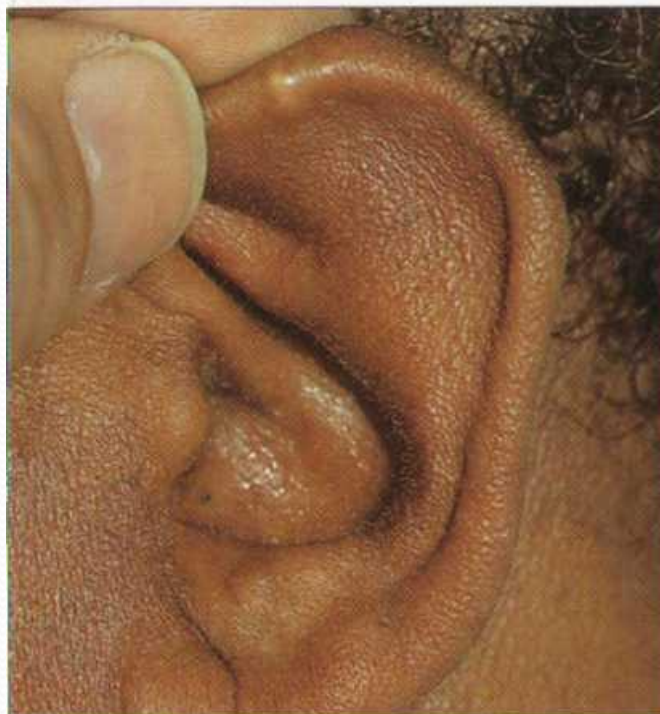
464. Подагра: рентнограмма кисти. Отек и уплотнение мягких тканей, вызванные хроническим воспалением и инфильтрацией уратами, «пробойниковые» дефекты костей. Эпифизы без признаков остеопороза.



465. Тофусы кистей. Проксимальные фаланги правой кисти обезображены. Сквозь кожу мизинца просвечивают матово-желтые отложения уратов.



466. Обызвествление суставных хрящей V пястно-фалангового сустава. Подобные изменения обнаруживают при подагре, псевдоподагре, гиперпаратиреозе, болезни Вильсона, гемохроматозе и деформирующем остеоартрозе (см. 21).



269. Подагрический тофус. Сквозь кожу просвечивают отложения уратов в хряще; тофус имеет характерный цвет слоновой кости.

На фотографиях показаны тофусы уратов, просвечивающие через кожу. При пальпации тофусы имеют характерный цвет слоновой кости.

Дифференциальная диагностика

- Септический артрит (в связи с высоким риском осложнений и летальностью при подозрении на септический артрит окраску по Граму и исследования культуры СЖ необходимо выполнять при любой нозологической принадлежности артрита, в т.ч. и в случае идентификации кристаллов моноурата натрия ; при подтверждении септического характера артрита больного переводят в отделение гнойной хирургии)
- РеА
- РА
- Остеоартроз (часто сочетается с подагрой)
- Псориатическая артропатия

ЛЕЧЕНИЕ

- 1. Купирование острого приступа :**
медикаментозная терапия – НПВП, колхицин, ГК; покой, голод , ощелачивающее питье
- 2. Внеприступная подагра :**
антигиперурикемическая терапия
(аллопуринол), урикозурические средства
(лозартан)
диета, обильное питье (более 1,5 л/сутки)
коррекция веса

Лечение острого подагрического артрита

НПВП:

- Нимесулид 100 мг 2 раза в день
- Индометацин 50 мг 4 раза в день
- Диклофенак 50 мг 3-4 раза в день

Колхицин 0,5-1,5 мг\сутки

Глюкокортикоиды (при наличии противопоказаний к назначению НПВП и колхицина) –в\суставно метилпреднизолон (40-80 мг в крупные суставы, 20-40 мг в мелкие)

Антигиперурикемическая терапия

Антигиперурикемическая терапия показана больным с повторными атаками, хроническим артритом и тофусными формами. Состоит из комбинации **немедикаментозных** (снижение веса, диета, отказ от приема алкоголя, диуретической терапии) и **медикаментозных** методов лечения.

Медикаментозную терапию следует начинать только **после полного купирования** приступа острого артрита и для профилактики обострений в течение первых нескольких месяцев после окончания приступа сочетать с приемом небольших доз колхицина или НПВП.

Целевой уровень мочевой кислоты -

ниже 0,36 ммоль/л (6 мг/дл)

Абсолютные показания к назначению аллопуринола

- Частые атаки острого подагрического артрита (4 атаки и более в год)
- Клинические и рентгенологические признаки хронического подагрического артрита
- Образование тофусов в мягких тканях и субхондральной кости
- Сочетание подагры с почечной недостаточностью
- Нефролитиаз
- Увеличение уровня мочевой кислоты более 0,78 ммоль/л у мужчин и 0,6 ммоль/л у женщин
- Проведение цитостатической терапии или рентгенотерапии по поводу лимфопролиферативных опухолей для профилактики уратного криза.

Аллопуринол внутрь 50 - 100 мг/сут с постепенным увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 недели до достижения целевого уровня мочевой кислоты.

Пожилым пациентам со сниженной клубочковой фильтрацией (менее 50 мл/мин) доза аллопуринола - не более 100 мг/сут.

Урикозурические препараты

- **Сульфинпиразон** - 50 мг 3 р\сут, с титрованием до нормализации уровня в сыворотке. Во время лечения следует выпивать не менее 2 л жидкости в день. Противопоказания : нефролитиаз, язвенная болезнь
- **Бензбромарон (Дезурик)** - 50-200 мг 1 раз в сутки на фоне большого количества жидкости. Противопоказания : мочекаменная болезнь, гиперурикемия, обусловленная заболеваниями крови.
- **Лозартан** (при сочетании с АГ) – 50 -100 мг\сутки