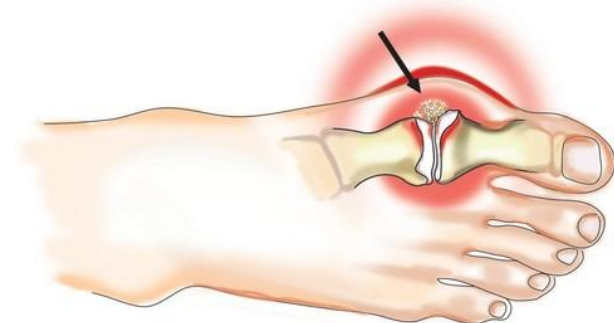


ПОДАГРА



ПОДАГРА



- **Подагра** - это болезнь обмена веществ, при которой соли мочевой кислоты (известные, как ураты) откладываются в суставах.
- Подагру иначе называют «болезнь королей», это старинная болезнь, которая была известна еще во времена Гиппократата. И чаще всего ей подвержены мужчины в возрасте старше 40 лет, у женщин она чаще всего проявляется после менопаузы.

СИМПТОМЫ ПОДАГРЫ

- Подагра развивается внезапно, на фоне состояния полного здоровья. Человек жалуется на возникновение резкой боли в суставе большого пальца ноги, быстро повышается температура тела до $38\text{--}39^{\circ}\text{C}$. Сам сустав опухает, становится теплым на ощупь, кожа над ним краснеет. Первый приступ подагры длится обычно от 3 до 10 дней. Отек сустава спадает, подвижность восстанавливается. Через некоторое время приступ подагры может повториться.





воспаление
околосуставных
тканей

воспаление
оболочки
сустава

отложение
солей
мочевой
кислоты



- При существовании заболевания более 5-6 лет можно обнаружить отложения мочевой кислоты в мелких суставах (тофусы). Чаще всего они располагаются на ушных раковинах, локтях, бедрах.



ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- К факторам риска развития подагры относят артериальную гипертонию, гиперлипидемию, хроническую алкогольную интоксикацию.
- А также:
- повышенное поступление в организм пуриновых оснований (например, при употреблении большого количества мяса, молока, икры, рыбы, кофе, какао, шоколада);
- увеличение катаболизма пуриновых нуклеотидов (например, при противоопухолевой терапии; массивном апоптозе у людей с аутоиммунными болезнями);
- торможение выведения мочевой кислоты с мочой (например, при почечной недостаточности);
- повышенный синтез мочевой кислоты при одновременном снижении выведения ее из организма (например, при злоупотреблении алкоголем, шоковых состояниях, гликогенозе с недостаточностью глюкозо-6-фосфатазы).

ПАТОГЕНЕЗ

В патогенезе выделяют минимум три основных элемента патогенеза подагры

- накопление мочекислых соединений в организме;
- отложение данных соединений в органах и суставах;
- развитие острых приступов воспаления в данных местах поражения, образования подагрических гранулем и подагрических «шишек» — тофусов, обычно вокруг суставов.



ДИАГНОСТИКА ПОДАГРЫ

- **Диагноз устанавливается на основании рентгенографии, осмотра и расспроса больного и должен быть подтвержден результатами анализа крови из вены (выявляется повышенное содержание мочевой кислоты). В некоторых случаях берется проба суставной жидкости, для того, чтобы убедиться в наличии уратов.**



ЛЕЧЕНИЕ

- Диагноз «подагра» означает, что человеку придется существенно изменить свой образ жизни и постоянно принимать лекарства, потому что полного излечения от этого заболевания добиться, к сожалению, невозможно. Однако своевременно начатое лечение позволяет взять подагру под контроль, свести болезненные приступы к минимуму и застраховаться от тяжелых осложнений.
- Основной принцип лечения подагры – контролировать уровень мочевой кислоты в организме. Для медикаментозного лечения следует обратиться к врачу-ревматологу. Его предписания будут направлены на уменьшение объема мочевой кислоты и на её скорейшее выведение из организма. Только квалифицированный специалист может назначить такие лекарства, которые при возможных сопутствующих заболеваниях не причинят наибольший вред здоровью.
- Чаще всего врачи назначают на 1-2 недели нестероидные противовоспалительные средства, такие как метиндол, диклофенак, бутадион, индометацин, напроксен. Для быстрого снижения концентрации мочевой кислоты в организме могут быть выписаны аллопуринол, оротовая кислота, тиопуринол, гепатокатазал, милурит. Для купирования острых признаков подагры врачи рекомендуют принимать колхицин.
- Медикаментозная терапия при подагре направлена на решение двух основных задач:
- Снижение уровня мочевой кислоты в организме пациента;
- Купирование острого воспалительного процесса и снятие боли.
- Чем раньше больной пройдет обследование, пересмотрит свои привычки и приступит к лечению, тем больше вероятность достижения стойкой ремиссии. Без адекватной терапии подагра быстро прогрессирует, особенно у пациентов зрелого и преклонного возраста.



Медикаментозная терапия для снижения уровня мочевой кислоты

Поскольку первопричиной подагры является именно избыток мочевой кислоты, решение этой проблемы в 90% случаев приводит к прекращению приступов мучительной боли и позволяет рассчитывать на комфортную жизнь в будущем.

Для снижения уровня мочевой кислоты в организме используются следующие препараты:

- **Аллопуринол** – синтетический аналог гипоксантина. Это вещество угнетает активность фермента ксантиноксидазы, ответственного за трансформацию человеческого гипоксантина в ксантин, а затем ксантина в мочевую кислоту. Таким образом, Аллопуринол снижает концентрацию мочевой кислоты и ее солей во всех средах организма, включая кровь, плазму, лимфу и мочу, а также способствует постепенному растворению уже накопленных уратных отложений в почках, мягких тканях и суставах. Однако этот препарат обладает рядом серьезных побочных эффектов и сильно увеличивает выведение ксантина и гипоксантина с мочой, поэтому Аллопуринол противопоказан пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. Тем не менее, для большинства больных подагрой именно он по сей день остается препаратом первой очереди.
- **Фебуксостат (Улорик, Аденурик)** – селективный (избирательный) ингибитор ксантиноксидазы, который, в отличие от Аллопуринола, не затрагивает другие пуриновые и пиридиновые ферменты человеческого организма, к тому же, выводится не почками, а печенью. Фебуксостат является относительно новым препаратом для лечения подагры, а в Западной Европе и США он прошел многочисленные клинические испытания и показал отличные результаты. Фебуксостат за три месяца полностью растворяет скопления кристаллов солей мочевой кислоты в области пальцев и локтей и эффективно предупреждает их повторное образование. Может использоваться пациентами с сопутствующими почечными патологиями.
- **Пеглотиказа (Pegloticase, Krystexxa)** – инфузионный раствор энзимов, быстро растворяющих уратные кристаллы (отложения солей мочевой кислоты). Применяется внутривенно дважды в месяц для стабилизации состояния больных тяжелой формой подагры, которым не помогают традиционные препараты. Во время процедуры возможен анафилактический шок. Это очень дорогой препарат, который производится исключительно за границей и реализуется под заказ;
- **Пробенецид (Сантурил, Бенемид)** – препарат, который препятствует повторному всасыванию мочевой кислоты в почечных канальцах и усиливает ее выведение с мочой. Пробенецид изначально применялся в комплексной антибактериальной терапии для снижения вреда, наносимого почкам антибиотиками. Но затем его стали назначать и при хронической подагре и гиперурикемии (повышенном содержании мочевой кислоты в крови). Важно понимать, что Пробенецид усиливает выведение мочевой кислоты, а не подавляет ее синтез. Поэтому лечение подагры этим препаратом целесообразно только на этапе ремиссии. Если назначить Пробенецид больному с острым воспалительным процессом, это приведет к активному растворению уже накопленных уратов, повышению уровня мочевой кислоты в плазме, и, как следствие, к приступам мучительной боли. Чтобы избежать такого риска, первые месяцы лечения подагры Пробенецидом сопровождаются дополнительной гормональной и противовоспалительной терапией.

Лечение подагры противоотечными и обезболивающими препаратами

Симптоматическое лечение подагры заключается в купировании приступов, снятии отеков и болей, и выполняется с помощью следующих препаратов:

- **Колхицин (Колхикум, Колхимин)** - алкалоид, выделяется из ядовитых растений семейства мелантиевых. Наиболее распространенный источник колхицина – безвременник осенний. Колхицин ингибирует образование лейкотриена, останавливает клеточное деление гранулоцитов, препятствует движению лейкоцитов к очагу воспаления и мешает уратам (солям мочевой кислоты) кристаллизовываться в тканях. Этот препарат выступает средством экстренной помощи, и рекомендуется к приему в первые двенадцать часов после начала острого приступа подагры. Необходимо выпить сразу две таблетки Колхицина, через час - еще одну, а затем по одной таблетке три раза в сутки на протяжении недели. Препарат очень часто вызывает нежелательные реакции со стороны ЖКТ - тошноту, рвоту, жидкий стул.
- **Глюкокортикоиды (Кортизон, Гидрокортизон, Преднизон, Преднизолон)** - синтетические аналоги кортикостероидов человека, то есть, гормонов, вырабатываемых корой надпочечников. Препараты этой группы разрывают цепочку естественных реакций организма на вмешательство аллергенов, химикалий, бактерий, вирусов и прочих чужеродных элементов. Глюкокортикоиды быстро купируют воспаление, но подавляют иммунитет, поэтому гормональное лечение подагры целесообразно только в том случае, когда ожидаемая польза превышает потенциальный риск.
- **НПВП (Аспирин, Анальгин, Диклофенак, Ибупрофен)** - нестероидные противовоспалительные препараты называются так для того, чтобы подчеркнуть их отличие от гормонов. Однако действие медикаментов этой группы отчасти схоже с действием глюкокортикоидов. НПВП являются неизбирательными ингибиторами циклооксигеназы - фермента, отвечающего за синтез тромбксана и простагландинов. Таким образом, эти препараты тоже подавляют воспаление, но, в отличие от синтетических кортикостероидов, делают это медленнее, и не являются иммунодепрессантами. Для симптоматического лечения подагры чаще всего используются Диклофенак и Ибупрофен

ПРОФИЛАКТИКА

- Профилактические меры заключаются в соблюдении диеты: ограничении, до минимума, пищи, усвоение которой дает значительное количество мочевой кислоты (печень, грибы, сардины, рыбная икра, фасоль, горох, пиво и другие).
- Рекомендуется (при условии нормальной работы почек, сердца и других органов) обильное питье - не менее трёх литров жидкости в день, так как обезвоживание ухудшает функцию почек и ведет к повышению концентрации мочевой кислоты в плазме крови.

Спасибо за внимание!

