

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОДАГРА

Выполнила студентка группы

Л-411 «Б»

Гафурова Д.С.

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.

Подагра- капкан для гурманов.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность подагры составляет 0,1 % (в США -1,5%).
- 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.
- Гиперурикемия выявляется у 4-12% населения, подагрой страдает 0.1% населения

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Различается гиперурикемия

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

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 средства
- Другие: ожирение, псориаз

ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ УРАТОВ

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

ПРОЯВЛЕНИЮ СКРЫТЫХ, ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ДЕФЕКТОВ СПОСОБСТВУЮТ 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 суставов
- 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

1. Почечный

1. 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

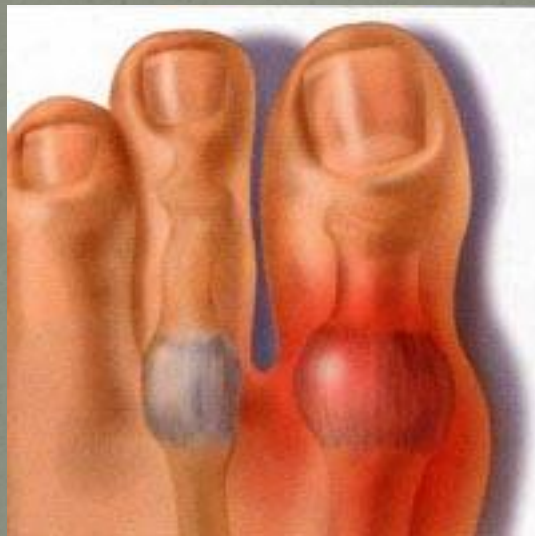
- встречается у около 30 % больных
 - свойственны нормальная или сниженная уратурия
 - нормальный клиренс мочевой кислоты.
-
- У здоровых клиренс мочевой кислоты составляет 6-7 мл/мин,
 - суточная уратурия - 1,8-3,6 ммоль (300-600 мг).

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

ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ



Типичная локализация суставного синдрома



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 артрит первого плюснефалангового сустава (большого пальца) стопы



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.
- У 60-75 % больных первые проявления подагры возникают в первом плюснефаланговом суставе большого пальца. Реже болезнь начинается по типу полиартрита.

Подагрические тофусы



Множественные тофусы



ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Общий анализ крови и мочи
- Биохимический анализ: общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, мочева́я кислота, мочеви́на, креатинин
- Проба Реберга и Зимницкого
- Рентгенография пораженных суставов
- Определение суточной экскреции с мочой и клиренса мочево́й 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 гипертензия
- Реже нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия, нарушение функции почек

У больных подагрой увеличивается частота сопутствующих заболеваний:

- Артериальной гипертензии
- Сахарного диабета
- Атеросклеротического поражения сосудов
- Гипертриглицеридемии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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

ЛЕЧЕНИЕ

- I. Купирование острого приступа подагры
- II. Длительное 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

КУПИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ

- 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
- 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 нестероидные противовоспалительные средства: вольтарен (150 - 200 мг/сут), индометацин (150 - 200 мг/сут), бутадион (0,6 г/сут).
- Уриколитики: аллопуринола (милурита) в суточной дозе 0,3 - 0,4 г для нормализации уровня мочевой кислоты в крови.
- 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).