

Подагра - хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекишлого (пуринового) обмена, повышением содержания в крови мочевой кислоты и отложением в тканях организма кристаллов её натриевой соли (урата натрия), что клинически проявляется рецидивирующим острым артритом и образованием подагрических узелков (М.П. Астапенко, 1989). Заболевание относится к группе микрокристаллических артритов.

В Красноярском крае эта проблема изучена недостаточно. Работ по изучению распространенности подагры в крае не проводилось. Согласно нашим исследованиям, в последние годы в крае отмечается рост распространенности подагры среди населения, увеличение числа заболевших в более молодом возрасте (даже 25-30-летних), что было редкостью 5-10 лет назад. По данным краевого ревматологического центра (КРЦ) и ГКБ №1 (г. Красноярск) в последние 6 лет (1996-2001) ежегодно с подагрой лечатся 4.-5% от всех больных с заболеваниями суставов. Структура суставной патологии, по данным КРЦ, за 2001 год представлена на диаграмме 1.

Из 163 больных подагрой в возрасте от 20 до 70 лет было 126 мужчин (76,6%), женщин - 37 (23,4%). В настоящее время наблюдается «омоложение» подагры. Так, преобладающее большинство больных мужчин было в возрасте от 40 до 59 лет, хотя в 32,7% случаев она наблюдалась в более молодом возрасте. Большинство больных среди женщин было в возрасте 40-49 лет, в более молодом возрасте подагра наблюдалась в 14,7% случаев.

В Красноярском крае начато изучение распространенности подагры в соответствии с целевой программой Института ревматологии РАМН, поставившей своей задачей изучить социальные и экономические последствия ревматических заболеваний, имеющих сегодня важное значение.

Подагра относится к числу заболеваний с наследственной предрасположенностью. Достижения последних лет позволили обосновать важную роль генетических факторов при подагре. Доказано, что генетически обусловленный дефект в системе ферментов, принимающих участие в мочекишлом обмене, ведет к развитию метаболического типа гиперурикемии и первичной подагры. Установлено, что подагра часто встречается у близких родственников в одних и тех же семьях, часто в нескольких поколениях. Так, в Японии [9] описано 6 поколений японской семьи с подагрическим артритом и прогрессирующей нефропатией.

Л.И. Алексеева с соавт. [1] при обследовании 94 пробандов с подагрой и 154 их родственников первой степени родства также выявили большую частоту заболевания среди родственников в обеих выборках. Это свидетельствует о значении генетических факторов и предрасположенности к этому заболеванию. Мы также наблюдали три семьи, где в одной страдали отец и два его сына, в другой - дед и два его внука. В третьей семье мы наблюдали подагру у двух братьев-близнецов.

В подтверждение роли генетических факторов также можно привести наблюдения Nicklas J. et al. [8], которые показали, что ген, ответственный за гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазу находится на длинном рукаве X-хромосомы. Гиперурикемия наследуется по аутосомно-доминантному типу.

Дефектные репарационные механизмы вызываются мутацией в определенных генах. При наследственно обусловленной подагре редко встречается уrolитиазная форма нефропатии, чаще выявляется острый гломерулонефрит с изменениями в канальцах, строме и сосудах. Особенностью данной формы является то, что она обычно не связана с полом и проявляется в молодом возрасте [7].

Первичная гиперурикемия характеризуется генетически обусловленными дефектами в энзимах, участвующих в метаболизме пуринов. Способствующими факторами являются такие, как употребление в пищу продуктов, содержащих большое количество пуринов, тем более если они сочетаются с употреблением алкогольных напитков (особенно пива и сухих виноградных вин). Другой важный механизм первичной гиперурикемии - нарушение экскреции мочевой кислоты почками.

Большинство авторов в течении подагры выделяют острый артрит и её хроническую форму [4, 6] и указывают на следующие стадии подагры:

1. Бессимптомная гиперурикемия (повышение содержания мочевой кислоты без каких либо клинических проявлений);
2. Острый подагрический приступ;
3. Межприступный период;
4. Хроническая тофусная подагра.

Как показали наши наблюдения и ретроспективное изучение материала, для подагры характерно более частое поражение суставов нижних конечностей, реже верхних. Если их расположить по частоте вовлечения в процесс, то в половине случаев в дебюте наблюдалось поражение первого плюснефалангового сустава, затем суставов плюсны, пяточной кости, голеностопных суставов, кисти, лучезапястных и локтевых. Типичный приступ острого артрита наблюдался нами в 77,1%, но далеко не в начале заболевания. В дебюте может наблюдаться вовлечение в процесс мелких суставов кистей рук, лучезапястных суставов, реже коленных и голеностопных, иногда и суставов позвоночника. Это может имитировать такие болезни, как ревматоидный артрит, болезнь Рейтера, остеоартроз, остеохондроз и вести к ошибкам в диагностике. Раннее распознавание подагры, своевременное назначение специфического лечения позволяют получать положительные результаты и сохранять здоровье и трудоспособность страдающих подагрой на длительное время.

Хроническая подагра характеризуется неполной ликвидацией симптомов в пораженных суставах. При этой форме происходит образование тофусов и поражение внутренних органов. В первые 2 года заболевания тофусы образуются редко. К моменту появления тофусов в суставах могут быть деструктивные признаки, деформация, тугоподвижность. В последующие годы эти проявления усиливаются. Приступы болей становятся более продолжительными. Изменения в суставах нарастают по мере прогрессирования заболевания, подвижность в них резко ограничивается. При частых и тяжелых подагрических приступах вследствие поражения многих суставов возможно ограничение способности больных к самообслуживанию.

Тофусы представляют собой плотные образования под кожей, возвышающиеся над поверхностью, в них происходит значительное скопление кристаллов уратов. Они могут иметь различную локализацию: в тканях суставов (хряще, синовиальной мембране, эпифизах костей, капсуле), в околосуставных тканях (сухожилиях, связках), в области локтевой сумки, в почках (рис. 2, 3).

Тофусы являются показателем длительности и тяжести нарушения мочекишечного обмена. Обычно они появляются в среднем через 3-5 лет от начала заболевания. Патогенез их возникновения часто в недостаточно кровоснабжаемых структурах, особенно в плюснефаланговых суставах, обусловлен тем, что именно в них раньше и чаще развиваются дегенеративно-дистрофические изменения, что предрасполагает к отложению уратов.

В клинической картине подагры наблюдаются поражения многих висцеральных органов, из них наиболее часто поражение почек - подагрическая нефропатия. Этой проблеме посвящено большое число публикаций [3]. Её развитие связано с образованием тофусов в канальцах, уратных камней в лоханках почек, что способствует возникновению тубулоинтерстициального нефрита. Довольно часто и рано возникает мочекаменная болезнь. По нашим данным, она выявлена у 30% больных подагрой. Одним из частых проявлений подагры является **артериальная гипертензия**. Нередко артериальная гипертензия появляется в первые 1-2 года. По нашим данным, артериальная гипертензия выявлена у 60% больных. На ранних стадиях заболевания рентгенография суставов не показывает каких либо характерных изменений. С прогрессированием процесса появляются рентгенологические признаки, типичные для подагры. Наблюдаются внутрикостные кистевидные образования различных размеров, обусловленные тофусами, которые могут располагаться внутри сустава, рядом с ним и даже на некотором отдалении от него. Хронический подагрический артрит может сопровождаться деструкцией хряща и развитием краевых костных эрозий. Так называемый «симптом пробойника» может встречаться, но не всегда. В наших исследованиях он наблюдался редко, в основном у больных со стажем заболевания 3-5 и более лет. Со временем выявляется выраженная деструкция не только субхондрального участка кости, но и всего эпифиза и даже части диафиза (внутрисуставной остеолиз), значительное расширение изъеденных суставных отделов костей и заострение их краев. Часто эти изменения обнаруживаются в суставах стоп (в первую очередь в суставах больших пальцев) и кистей. Следует отметить, что суставная щель длительно остается неизменной (рис. 1).

Ввиду многообразия клинических симптомов подагра представляет интерес для врачей различных профилей. Изучение сопутствующих подагре сосудистых осложнений, поражений висцеральных органов, уточнение вопросов генетики, эпидемиологии подагры представляет большой теоретический и практический интерес и требует проведения многих исследований в этом плане.

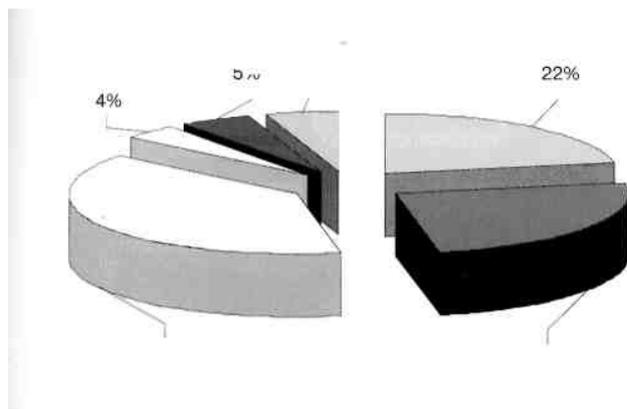


Диаграмма 1. Структура суставной патологии по данным КРЦ.



Рис. 1. Рентгенография стоп больного подагрой. Определяется деструкция дистальных межфаланговых суставов первых пальцев и плюсне-фаланговых суставов пятых пальцев обеих ног.

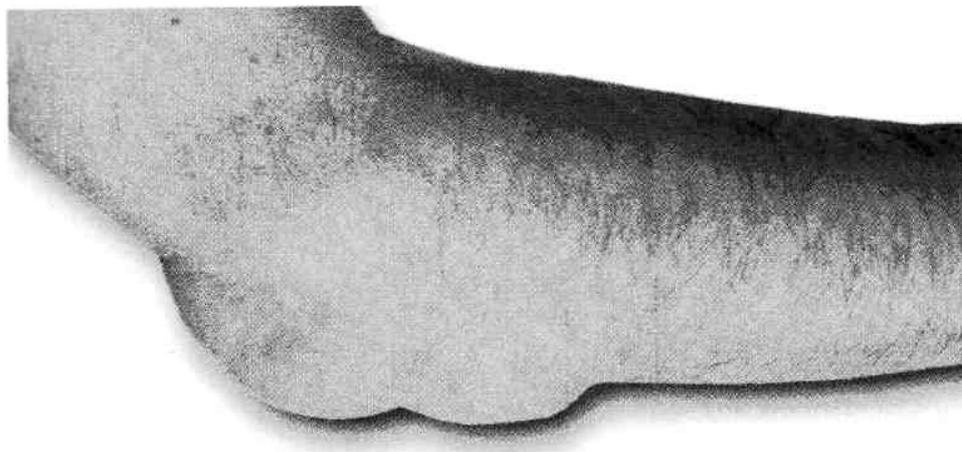


Рис. 2.



Рис3.

