

Н.А.ХИТРОВ, д.м.н., поликлиника ЦКБ, Москва

ПОДАГРА — КОРОЛЕВА БОЛЕЗНЕЙ И БОЛЕЗНЬ КОРОЛЕЙ

(10 ЗАПОВЕДЕЙ ПОДАГРЫ)

Подагра — хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекишечного обмена в виде повышения содержания в крови мочевой кислоты (гиперурикемии) и отложения ее в виде моноурата натрия в тканях опорно-двигательного аппарата и внутренних органах.

**Заверни в тиски сустав — получишь ревматизм,
сделай еще оборот — получишь подагру.**
Старинная поговорка

**В ревматизм и в настоящую любовь
не верят до первого приступа...**
Мария Эбнер-Эшенбах

Ключевые слова: подагра, острый воспалительный подагрический приступ, нестероидные противовоспалительные препараты

Подагра сохранила свое первоначальное лицо, несмотря на тысячелетнее существование. Острый подагрический артрит, как и многие столетия назад, с завидным постоянством демонстрирует все галеновские признаки острого воспаления, в первую очередь боль, отек, а также покраснение, нарушение функции сустава.

Подагру называли «королевой болезней» и «болезнью королей». Подагрой страдали великие люди во все эпохи: Александр Македонский, Генрих VI, Кромвель, Вольтер, Галилей, кардинал Мазарини, Иван Грозный, Борис Годунов, Петр I, Микеланджело, Пушкин, Тургенев, Мопассан, Стендаль, Бетховен, Колумб, Ньютон, Чарльз Дарвин, Гете, Бисмарк, Суворов, Чарли Чаплин.

Подагра описана еще Гиппократом, который дал название болезни — «капкан для ноги» (podos — стопа, agro — капкан) и считал, что причина ее кроется в злоупотреблении спиртными напитками и пищей. В XIX в. была установлена связь подагры с

гиперурикемией, а подагрического артрита — с нахождением в суставе кристаллов моноурата натрия. Средний возраст начала подагры составляет 40—50 лет. У мужчин в возрасте 55—64 лет частота подагры составляет 4—6%. Соотношение подагры у мужчин и женщин равняется 10 к 1. У пожилых женщин способность мочевой кислоты кристаллизоваться увеличивается, от этого частота подагры у них возрастает.

1-Я ЗАПОВЕДЬ! ЧАСТОТА ПОДАГРЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВЫРОСЛА, ЧТО СВЯЗАНО С ПОВЫШЕНИЕМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ, ИЗМЕНЕНИЕМ УСЛОВИЙ ПИТАНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

2-Я ЗАПОВЕДЬ! ЖЕНЩИНЫ ЧАСТО ГОВОРЯТ, ЧТО СТРАДАЮТ ПОДАГРОЙ. НА САМОМ ДЕЛЕ РАЗГОВОР У НИХ ИДЕТ О ДРУГОМ ЗАБОЛЕВАНИИ — HALLUX VALGUS — АРТРОЗЕ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА ВСЛЕДСТВИЕ ОТКЛОНЕНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ КНАРУЖИ. ПРОИСХОДИТ ЭТО ИЗ-ЗА ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ, КОТОРОЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ У ДАМ, НОСЯЩИХ ВЫСОКИЕ КАБЛУКИ. ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ К ПОДАГРЕ ОТНОШЕНИЯ НЕ ИМЕЕТ И ЛЕЧИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТЕЛЕК-СУПИНАТОРОВ.

В основе подагры лежит гиперурикемия. Первичная гиперурикемия связана с повышенным синтезом мочевой кислоты в организме человека. В основе вторичной гиперурикемии лежит ускорен-

ный распад нуклеотидов с формированием мочевой кислоты и снижение элиминации мочевой кислоты почками.

Причиной вторичной гиперурикемии является целый ряд заболеваний: полицитемия, острые и хронические лейкозы, миеломная болезнь, лимфомы, карцинома почек и другие злокачественные опухоли, гиперпаратиреоз, псориаз, гемоглобинопатия (серповидно-клеточная анемия, талассемия др.), врожденная гемолитическая анемия, пернициозная анемия и др. мегалобластные анемии, некоторые врожденные дефекты коагуляции (болезнь Виллебранда), болезнь Гоше, инфекционный мононуклеоз, гипоксемия, избыточное употребление в пищу продуктов, богатых пуринами, значительная перегрузка скелетных мышц.

Причинами замедления выведения мочевой кислоты почками могут стать хроническая почечная недостаточность, ацидоз, а также прием диуретических средств и обезвоживание.

Среди других причин гиперурикемии выделяют свинцовую и молибденовую интоксикации, саркоидоз, гипотиреоз, гипопаратиреоз, прием салицилатов в небольших дозах, циклоспорина, пиразинамида, этамбутола, глюкокортикостероидов, витамина B12, солей золота.

Подагра часто сочетается с метаболическим синдромом — так называемым смертельным квартетом: абдоминальным ожирением, сахарным диабетом, артериальной гипертензией и дислипидемией.

Выделяют следующие стадии подагры:

I стадия — асимптомная гиперурикемия. Суставные кризы отсутствуют, и нет признаков поражения почек.

II стадия характеризуется приступами острого подагрического артрита, обычно в 90% случаев первого плюснефалангового сустава. Кристаллы мочевой кислоты в виде моноурата натрия попадают в сустав, но этого факта недостаточно для инициации артрита. Воспаление сустава происходит при инициации уратами клеточного фагоцитоза, когда клетки сустава фагоцитируют кристаллы моноурата натрия, разрушаются вследствие этого и

выбрасывают из себя провоспалительные простагландины, цитокины, литические ферменты, антигенные фрагменты, чем способствуют началу воспалительных реакций в суставе.

Провоцирует подагрические кризы переизбыток пищи, богатой пуринами, в т.ч. мясной пищи, телятины (молодое мясо содержит много пуринов), студня. Приводит к обострению алкогольный эксцесс, физическая перегрузка сустава, травма, резкая потеря жидкости, употребление мочегонных, инфекция, стресс.

«Скоплению мочекислого натра способствуют излишняя пища и вино при телесно недейтельном образе жизни», — писал Г.А.Захарьин.

Блестящее описание подагрического приступа приводит T.Sydenham (1683):

«Человек ложится спать здоровым и засыпает, но часа в два ночи просыпается от боли, чаще всего в большом пальце ноги, а иногда и в пятке, подошве или лодыжке. Эта боль напоминает ту, которая возникает при растяжении связок, и сопровождается ощущением, будто на эти больные места льется холодная вода. Вскоре появляется озноб и легкая лихорадка. Сравнительно небольшая вначале боль постепенно с часу на час возрастает, в то время как озноб исчезает. Наконец, боль достигает предела и распространяется на маленькие кости тарси и метатарси и по ходу связок. Она то будто скручивает, то



будто разрывает связки, то кусает и грызет кости, точно собака, то иногда напоминает ощущение сдавления или тугой шнуровки. Болезненная часть тела становится настолько чувствительной, что кажется невыносимой тяжесть покрывающего ее одеяла; мучительны даже не совсем осторожные шаги находящегося в комнате человека. Пытка продолжается всю ночь, она усиливается беспокойной потребностью поворачивать то туда, то сюда пораженную конечность и все тело. Это беспрестанное движение, сопровождающее каждый припадок, особенно в начале его, не уступает по мучительности боли в самом пораженном члене. Больной делает тысячу тщетных усилий, чтобы как-нибудь облегчить страдание либо полным перемещением тела, либо постоянной переменой положения больного члена. Облегчение наступает лишь утром. К этому времени у больного вдруг утихают боли, причем он ошибочно приписывает наступившее облегчение последнему положению, которое он придал больной ноге. Покрытый легкой испариной он засыпает. При пробуждении боль заметно убавилась, замечается вновь образовавшаяся местная опухоль, тогда как ранее, как правило, было видно лишь некоторое набухание венозной сети пораженной области. На следующий день или даже через два или три дня пораженная область еще несколько болит, в особенности к вечеру, затем все успокаивается».

Острое начало подагрического артрита обычно не связано с травмами или механическими перегрузками, а инициируется погрешностями в диете, что способствует повышению уровня мочевой кислоты с последующей кристаллизацией ее в виде моноурата натрия в суставе. При подагре человек воистину засыпает здоровым, просыпается больным.

3-Я ЗАПОВЕДЬ! ДОКАЗАНО, ЧТО ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРОВОЦИРУЕТ ГИПОМАНИАКАЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА, КОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ АКТИВНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ЖИВОСТЬЮ ХАРАКТЕРА. ВОТ ОТКУДА И БОЛЕЗНЬ КОРОЛЕЙ, И СТРЕМЛЕНИЕ К ЗАСТОЛЬЯМ СО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ СПИРТНЫМ И ЧАСТЫМИ ШАШЛИКАМИ НА ДАЧЕ.

III стадия — хроническая подагрическая артропатия. Хронизации подагры соответствует генерализация процесса с вовлечением в артриты новых суставов, укорочением межприступных периодов, усилением деформации суставов. Хронической подагрой является образование тофусов, поражение почек и других органов.

■ Подагру называли «королевой болезней» и «болезнью королей». Подагрой страдали великие люди во все эпохи: Александр Македонский, Генрих VI, Кромвель, Вольтер, Галилей, кардинал Мазарини, Иван Грозный, Борис Годунов, Петр I, Микеланджело, Пушкин, Тургенев, Мопассан, Стендаль, Бетховен, Колумб, Ньютон, Чарльз Дарвин, Гете, Бисмарк, Суворов, Чарли Чаплин.

Тофусы — это локальное скопление моноурата натрия, наиболее часто локализуется на коже в области пальцев кистей, коленных суставов, стоп, выступов по локтевой поверхности предплечий, на сухожилиях и ушных раковинах, на веках, крыльях носа, склерах, в интерстициальной ткани почек, на клапанах сердца, в перикарде, в стенках сосудов.

Поражение почек — наиболее грозное осложнение при подагре, определяющее ее прогноз. У 40% больных подагрой наблюдается нефрогенная артериальная гипертензия. Почечная недостаточность в 20% приводит к смерти при подагре. Уратный нефролитиаз, при котором камни рентгенонегативны, отмечается в целом у 10–25% больных подагрой и у 80% при хроническом тофусном артрите.

Для диагностики подагры, помимо анализа клиники, важна констатация гиперурикемии и микроскопия синовиальной жидкости и ткани тофусов, когда удастся визуализировать кристаллы моноурата натрия. Кристаллы имеют иглообразную форму, а главное — двойное лучепреломление.

4-Я ЗАПОВЕДЬ! ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОДАГРЫ, А ТАКЖЕ КРИТЕРИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ В КРОВИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, А НЕ МОЧЕВИНЫ. К СОЖАЛЕНИЮ, ПРИМИТИВНАЯ, НО РАСПРОСТРАНЕННАЯ ОШИБКА КАК СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ТАК И СРЕДИ ВРАЧЕЙ.

Лечение подагры включает купирование острого артрита, лечение хронического артрита, профилактику рецидивов (борьба с гиперурикемией), предупреждение прогрессирования осложнений подагры (почечных и др.). Полезна диета с малым содержанием пуринов, которые при своем метаболизме образуют мочевую кислоту.

Диета при подагре

Ограничить пуриносодержащие продукты

- Мясные субпродукты: печень, почки, язык, мозги, легкие, сердце, ребруха.
- Мясо молодых животных: цыплята, телятина, молодая баранина.
- Жирные сорта рыбы: треска, сардины, килька, судак, щука, сельдь, шпроты.
- Жирные сорта мяса: свинина, баранина, гусь, курица.
- Мясные и рыбные наваристые бульоны, студень, хаш, рыбные консервы.
- Жареное и копченое мясо и рыба.
- Колбасные изделия (особенно ливерная колбаса).
- Бобовые: горох, бобы, фасоль, чечевица.
- Щавель, шпинат, инжир, ревень, спаржа, редис, зеленый горошек, цветная и брюссельская капуста.
- Грибы (белые, грузди, шампиньоны), малина.
- Шоколад, кофе, какао, газированные воды, пряности.
- Крепкий чай, спирт (шампанское, пиво, красное вино, коньяк).

Употреблять бестуриновые продукты

- Молочные продукты: молоко, творог, кефир, нежирный сыр, сливочное масло.
- Овощные супы, борщ, щи, каши: гречневая, перловая, рисовая, пшенная.
- Овощи: картофель, капуста, огурцы, морковь, томат.

- Фрукты: груши, яблоки, вишня, сливы, апельсины, абрикосы, арбузы.
- Отварное мясо, рыба и птица, кровяная колбаса.
- Кальмары, креветки, яйца, лесные и грецкие орехи.
- Белый хлеб, черный хлеб, мед, сахар, варенье.
- Щелочные и цитрусовые негазированные минеральные воды.

5-Я ЗАПОВЕДЬ! ДИЕТА НЕ МОЖЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ. ГИПОПУРИНОВАЯ ДИЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ, НО НЕ ЕДИНСТВЕННЫМ ВИДОМ ТЕРАПИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ. ПРИ ВЫСОКИХ ЦИФРАХ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Терапия подагры делится на два вида. Во-первых, на купирование острых приступов подагрического артрита и, во-вторых, на нормализацию пуринового обмена, приводящего к снижению уровня мочевой кислоты в крови до нормальных цифр.

Специфическим средством купирования острого подагрического артрита является колхицин. Он угнетает активность лейкоцитов в суставе при артрите, снижает фагоцитоз и наиболее эффективен в первых часах приступа. Стандартная терапевтическая схема — 0,5 мг каждый час или 1,0 мг каждые 2 часа. Препарат отменяют:

- при стихании воспалительного процесса,
- при достижении суточной дозы колхицина в 6 мг,
- при появлении побочных эффектов в виде диареи, которая у ряда пациентов может предшествовать ликвидации подагрического криза.

При успешном лечении колхицином с 2-го дня суточная доза препарата снижается до 2—3 мг, при этом желателен контроль лейкопении и агранулоцитоза. Колхицин нельзя назначать при язвенной болезни, изменениях в почках.

Для лечения острого воспалительного подагрического приступа используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) с быстрым началом и коротким периодом действия. Пожилым больным, а также больным с предрасположенностью к изъязвлению желудочно-кишечного тракта

желательно назначать перорально, парентерально и местно (на воспаленный сустав) селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2): мелоксикам, нимесулид, коксибы.

6-Я ЗАПОВЕДЬ! ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЭФФЕКТИВНЫ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ С СЕЛЕКТИВНОЙ ИНГИБИЦИЕЙ ЦОГ-2.

НПВП, относящиеся к селективным ингибиторам ЦОГ-2, снижают активность преимущественно ЦОГ-2, тем самым уменьшают выработку воспалительных простагландинов, не снижая уровень физиологических простагландинов, выработку которых определяет ЦОГ-1, а последняя контролирует нормальную функцию ЖКТ, почек и других органов. Таким образом, селективные ингибиторы ЦОГ-2, уменьшая воспаление, оказывают меньше побочных действий на организм.

При лечении острого подагрического артрита хорошо зарекомендовал себя препарат Найз, содержащий в своем составе нимесулид — НПВП с селективной ингибцией ЦОГ-2 — фермента, участвующего в синтезе простагландинов — медиаторов отека, воспаления и боли. Препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие. Обратимо ингибирует образование простагландина E2 как в очаге воспаления, так и в восходящих путях ноцицептивной системы, включая пути проведения болевых импульсов в спинном мозге.

Найз снижает концентрацию короткоживущего простагландина H2, из которого под действием простагландин-изомеразы образуется простагландин E2. Уменьшение концентрации простагландина E2 ведет к снижению степени активации простаноидных рецепторов EP-типа, что выражается в анальгезирующих и противовоспалительных эффектах.

Препарат также ингибирует высвобождение фактора некроза опухоли альфа, обуславливающего образование цитокинов. Показано, что нимесулид способен подавлять синтез интерлейкина-6 и урокиназы, тем самым препятствуя разрушению хрящевой ткани. Ингибирует синтез металлопротеиназ (эла-

стазы, коллагеназы), предотвращая разрушение протеогликанов и коллагена хрящевой ткани.

Найз обладает антиоксидантными свойствами, тормозит образование токсических продуктов распада кислорода за счет уменьшения активности миелопероксидазы. Взаимодействует с глюкокортикоидными рецепторами, активируя их путем фосфорилиции, что также усиливает противовоспалительное действие препарата.

Найз показан при остеоартрозе, ревматоидном, псориатическом артрите, анкилозирующем спондилите, межпозвоночном остеохондрозе, радикулите, ишиасе, люмбаго, миалгиях, воспалительных и посттравматических повреждениях связок. Также Найз используют при болевом синдроме внесуставного генеза (в т.ч. в послеоперационном периоде, при травмах, зубной и головной боли).

■ В основе подагры лежит гиперурикемия. Первичная гиперурикемия связана с повышенным синтезом мочевой кислоты в организме человека. В основе вторичной гиперурикемии лежит ускоренный распад нуклеотидов с формированием мочевой кислоты и снижение элиминации мочевой кислоты почками.

Противопоказаниями к использованию Найза являются эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в фазе обострения, кровотечения из ЖКТ, нарушения функции печени, выраженная почечная недостаточность, беременность, лактация, дерматозы, повреждения эпидермиса, инфекции кожи в области применения, детский возраст до 2 лет, повышенная чувствительность к нимесулиду и другим компонентам препарата, ацетилсалициловой кислоте и другим НПВП. С осторожностью следует назначать препарат при артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, сахарном диабете 2-го типа (инсулинонезависимом).

Возможны проявления лекарственного взаимодействия (из-за конкурентного связывания препаратов за связывание с белками) при одновременном использовании препарата Найз с дигоксином, фенитоином, препаратами лития, диуретиками, антигипертензивными препаратами, другими НПВП, антикоагулянтами, циклоспорином, метотрексатом, пероральными гипогликемическими средствами.

Рекомендуемая доза для взрослых и подростков в возрасте 12-18 лет составляет 100 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки после еды. Для пациентов пожилого возраста коррекция дозы не требуется. Детям до 12 лет препарат противопоказан.

При остром подагрическом артрите возможно использование глюкокортикоидов — преднизолона до 30—50 мг в первые сутки с быстрым снижением. Глюкокортикоиды назначаются при невозможности применения Колхицина и НПВП.

Лечение хронического артрита состоит в профилактике рецидивов, предупреждении прогрессирования осложнений подагры, в борьбе с гиперурикемией. Специфическая гипоурикемическая терапия назначается пожизненно, т.к. отмена ее приводит к быстрому повышению уровня мочевой кислоты в крови и возобновлению клинических проявлений болезни.

7-Я ЗАПОВЕДЬ! В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЕТ КОНЦЕПЦИЯ АКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ. ЭТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КРИСТАЛЛАМИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, В Т.Ч. И ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УРАТНОЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Препараты, снижающие уровень мочевой кислоты в крови, делятся на урикоингибиторы и урикоэлиминаторы. Основным урикоингибитором является аллопуринол. Ингибируя ксантиноксидазу, он тормозит образование мочевой кислоты. Аллопуринол назначается в сутки от 50 до 300 мг. Эффективность лечения контролируется уровнем мочевой кислоты в крови. Аллопуринол способствует профилактике развития артритов, а также

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ



Найз®



**Нестероидный
противовоспалительный
препарат нового поколения**
(селективный ингибитор ЦОГ-2)

★



упаковок препарата

Доверие, основанное на опыте



★ **Данные продаж бренда Найз
за период 1 квартал 2002 – 1 квартал 2009.
Количество указано в упаковках.**
Источник: ЦМИ «Фармэксперт» – Мониторинг
розничных продаж ЛС в России

Представительство фирмы «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.».
115035, Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1
Тел.: (495) 795 3939, 783 2901. Факс: (495) 795 3908.
www.drreddys.ru. E-mail: inforus@drreddys.com

Реклама. Информация для медицинских и фармацевтических работников

рассасыванию тофусов и постепенному растворению уратных камней.

8-Я ЗАПОВЕДЬ! НЕЛЬЗЯ НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛОПУРИНОЛОМ ВО ВРЕМЯ ОСТРОГО СУСТАВНОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ, Т.К. ОН ПРОВОЦИРУЕТ КАРТИНУ ВОСПАЛЕНИЯ. НАЗНАЧАТЬ АЛЛОПУРИНОЛ НУЖНО В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД. НА ПРАКТИКЕ, НАОБОРОТ, ВНЕ ПРИСТУПА БОЛЬНЫЕ БРОСАЮТ ПРИЕМ АЛЛОПУРИНОЛА, А ВСПОМИНАЮТ О НЕМ ЛИШЬ ПРИ ОБОСТРЕНИИ И, НАЧАВ ПРИЕМ В ЭТО ВРЕМЯ, УСУГУБЛЯЮТ ПРИСТУП.

Урикоэлиминаторы усиливают выведение уратов почками. Данные препараты опасны при гиперурикозурии, поскольку способствуют уrolитиазу.

9-Я ЗАПОВЕДЬ! К СОЖАЛЕНИЮ, ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ: МАГНИТОМ, ЛАЗЕРОМ, ЛФК, МАССАЖЕМ, ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЕЙ — МАЛОЭФФЕКТИВНО ПРИ ПОДАГРЕ. В ПЕРИОД ОСТРЕЙШЕГО ПРИСТУПА ОНИ ЛИШЬ УСИЛИВАЮТ ТЯЖЕСТЬ АРТРИТА, А В ПЕРИОД РЕМИССИИ ДАННЫЕ ВИДЫ ТЕРАПИИ МАЛОАКТУАЛЬНЫ, Т.К. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕНО НА ПОДДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В НОРМАЛЬНЫХ ПРЕДЕЛАХ.

Успех терапии подагры во многом определяет профилактика и лечение сопутствующего ожирения, гиперлипидемии, артериальной гипертензии.

Длительное, постоянное, многолетнее повышение мочевого кислоты в крови больного подагрой характерно для данного заболевания. Но в период острого подагрического артрита мочевая кислота в крови может нормализоваться до нормальных цифр. Поэтому важен регулярный контроль концентрации мочевого кислоты в крови у больного.

10-Я ЗАПОВЕДЬ! ГИПЕРУРИКЕМИЯ — ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРЫ — ОПУСТИЛАСЬ ПО ЗНАЧИМОСТИ С 1-ГО МЕСТА ПО СУЩЕ-

СТВОВАВШИМ РАНЕЕ РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ ПОДАГРЫ НА 9-Е МЕСТО В ПРИНЯТЫХ ПОСЛЕДНИХ КРИТЕРИЯХ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТ 1997 Г.

Римские критерии подагры (1961)

Диагноз подагры считается достоверным, если выявлялись по крайней мере два признака из следующих:

- 1) гиперурикемия — мочевая кислота в крови более 0,42 ммоль/л;
- 2) наличие подагрических узелков (тофусов);
- 3) обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тканях;
- 4) наличие в анамнезе острого артрита, сопровождающегося сильной болью, начавшегося внезапно и стихнувшего за 1—2 дня.

Критерии подагры A.L.Wallace и соавт. (1997)

А. Наличие характерных мононатриевых уратных кристаллов в синовиальной жидкости.

В. Подтвержденный тофус (химическим анализом или поляризационной микроскопией).

С. Наличие 6 из 12 клинических, лабораторных и рентгенологических признаков:

1. Максимальное воспаление сустава в первый день.
2. Наличие более чем одной атаки артрита.
3. Моноартрит.
4. Покраснение суставов.
5. Боль и воспаление плюснефалангового сустава одного пальца.
6. Асимметричное воспаление плюснефалангового сустава.
7. Одностороннее поражение тарзальных суставов.
8. Подозрение на тофусы.
9. Гиперурикемия.
10. Асимметричное воспаление суставов.
11. Субкортикальные кисты без эрозий при рентгенологическом исследовании суставов.
12. Отсутствие микроорганизмов в культуре синовиальной жидкости.

