

Слайд  
1

# Стандарты лечения подагры. Рекомендации EULAR

*В.Г. Барскова*

Слайд  
2

## Современное определение подагры

Системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия (МУН) у людей с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами

(Насонова В.А. 2003 год)

Слайд  
3

## Диагностика

1. Острая атака с быстрым развитием выраженной боли и воспаления, которые достигают максимума в течение 6-12 часов, особенно сопровождающиеся эритемой, высоко подозрительны в отношении микрокристаллического воспаления, хотя не специфичны для подагры

*Сила рекомендации по ВАШ – 88 (95% ДИ, 80-96)*

2. При типичных проявлениях подагры (воспаление 1 ПФС и гиперурикемия) клинический диагноз достаточно аккуратен, но не является определенным без подтверждения наличия кристаллов МУН

*Сила рекомендации по ВАШ – 95 (95% ДИ, 91-98)*

Слайд  
4

3. Демонстрация кристаллов МУН в синовиальной жидкости или в содержимом тофуса позволяет поставить определенный диагноз подагры

*Сила рекомендации по ВАШ – 96 (95% ДИ, 93-100)*

4. Рутинный поиск кристаллов рекомендуется в любой синовиальной жидкости, полученной из воспаленного сустава у больных с отсутствием определенного диагноза

*Сила рекомендации по ВАШ – 90 (95% ДИ, 83-97)*

5. Идентификация кристаллов МУН из невоспаленного сустава обеспечивает определенный диагноз в межприступном периоде

*Сила рекомендации по ВАШ – 84 (95% ДИ, 78-91)*

Слайд  
5

6. Подагра и сепсис могут сосуществовать, поэтому при подозрении на септический артрит окраска по Грамму и исследование культуры синовиальной жидкости должны выполняться даже в случае идентификации кристаллов МУН

*Сила рекомендации по ВАШ – 93 (95% ДИ, 87-99)*

7. Несмотря на то, что гиперурикемия является наиболее важным фактором риска подагры, сывороточный уровень МК не является фактором исключения или подтверждения подагры:

многие люди с гиперурикемией не развивают подагры, а во время острой атаки сывороточный уровень МК может быть нормальным

*Сила рекомендации по ВАШ – 95 (95% ДИ, 92-99)*

Слайд  
6

8. Почечная экскреция МК должна определяться у некоторых больных подагрой, имеющих семейную историю подагры с ранним началом, начало подагры ранее 25 лет, с анамнезом мочекаменной болезни

*Сила рекомендации по ВАШ – 72 (95% ДИ, 62-81)*

9. Рентгенография суставов полезна для дифференциального диагноза, так как может демонстрировать типичные признаки хронической подагры, но не информативна для ранней диагностики подагры

*Сила рекомендации по ВАШ – 86 (95% ДИ, 79-94)*

10. Факторы риска подагры и сопутствующие болезни должны выявляться, включая признаки метаболического синдрома (ожирение, гипергликемия, гиперлипидемия, гипертензия)

*Сила рекомендации по ВАШ – 93 (95% ДИ, 88-98)*

Слайд  
7

## Лечение

1. Оптимальное лечение подагры требует как нефармакологических, так и фармакологических подходов и должно учитывать:
  - а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография)
  - б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра)
  - в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты, сопутствующие, полипрагмазия)

*Сила рекомендации по ВАШ – 96 (95% ДИ, 93-98)*

Слайд  
8

2. Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приема алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения

*Сила рекомендации по ВАШ – 95 (95% ДИ, 91-99)*

- 3 Гиперлипидемия, гипертензия, гипергликемия, ожирение и курение - должны выявляться, так как являются важными компонентами при ведении больного с подагрой

*Сила рекомендации по ВАШ – 91 (95% ДИ, 86-97)*

4. Колхицин или НПВП являются первой линией для лечения подагрического артрита. При отсутствии противопоказаний, НПВП являются хорошо известным и адаптированным классом препаратов

*Сила рекомендации по ВАШ – 94 (95% ДИ, 91-98)*

Слайд  
9

5. Высокие дозы колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов

*Сила рекомендации по ВАШ – 83 (95% ДИ, 74-92)*

6. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острой атаки

*Сила рекомендации по ВАШ – 80 (95% ДИ, 73-97)*

7. Антигиперурикемическая терапия показана больным с персистирующей гиперурикемией и острыми атаками, артропатией, тофусами или рентгенологическими изменениями

*Сила рекомендации по ВАШ – 97 (95% ДИ, 95-99)*

Слайд  
10

8. Терапевтической целью антигиперурикемической терапии является профилактика дальнейшего кристаллообразования и растворение имеющихся кристаллов. Это может достигаться при уровне мочевой кислоты ниже 360 мкмоль/л

*Сила рекомендации по ВАШ – 91 (95% ДИ, 86-96)*

9. Аллопуринол - адекватная длительная антигиперурикемическая терапия; должна начинаться с низких доз (100 мг) и повышаться по 100 мг каждые 2-4 недели при необходимости. Дозы должны особенно тщательно подбираться у больных с хронической почечной недостаточностью. При токсичности аллопуринола возможно использование другие ингибиторов ксантиноксидазы или урикозуриков  
Десенсибилизация может проводиться только в случае легких аллергических реакций (сыпь).

*Сила рекомендации по ВАШ – 91 (95% ДИ, 88-95)*

Слайд  
11

10. Урикозурические агенты (пробенецид, сульфипиразон) могут применяться как альтернатива аллопуринолу у пациентов с нормальной функцией почек, но относительно противопоказаны больным с уролитиазом. Бензбромарон может применяться у больных с мягкой и умеренной почечной недостаточностью у некоторых больных, но в связи с гепатотоксичностью требуется контроль

*Сила рекомендации по ВАШ – 87 (95% ДИ, 81-92)*

11. Профилактика суставных атак в течение первого месяца антигиперурикемической терапии может достигаться колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании)

*Сила рекомендации по ВАШ – 90 (95% ДИ, 86-95)*

Слайд  
12

12. Если подагра ассоциируется с диуретиками, необходимо прекратить их прием, если это позволяет клиническая ситуация. Лозартан и фенофибрат имеют умеренный урикозурический эффект, что позволяет их применять у больных подагрой при наличии гипертензии или метаболического синдрома

*Сила рекомендации по ВАШ – 88 (95% ДИ, 82-94)*