

Тактика ведения пациентов с подагрой



*Кундер Е.В.
профессор, доктор медицинских наук
Минск, Беларусь*

Подагра – системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия (МУН) и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами



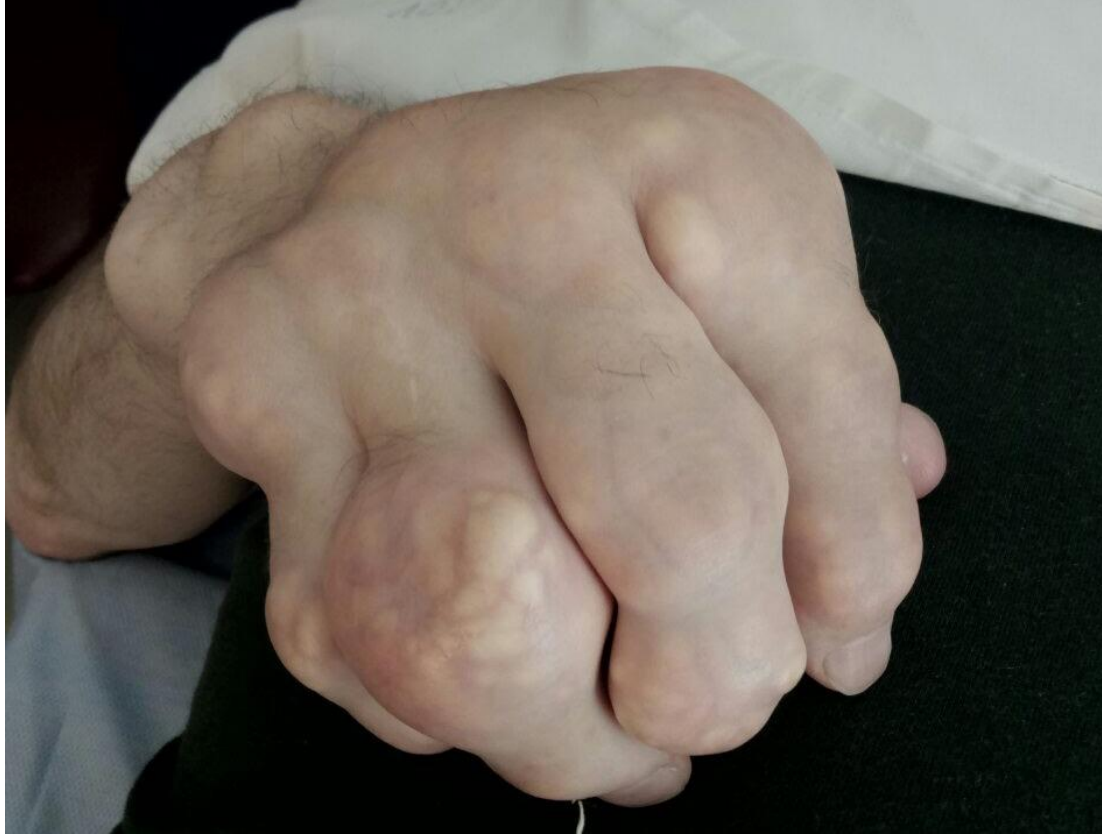
ПОДАГРА

- В норме сывороточная концентрация мочевой кислоты 0,12-0,24 ммоль/л.
- Метаболический вариант
- Почечный вариант
- Смешанный вариант

Периоды подагры

- Острый артрит
- Межприступный период
- Хронический подагрический артрит
- Хроническая тофусная подагра

Клинические проявления подагры



Клинические проявления подагры



Клинические проявления подагры



Клинические проявления подагры



Клинические проявления подагры



Рентгенологические признаки подагры



Классификационные критерии острого подагрического артрита включают:

А - Наличие характерных кристаллов МУН в суставной жидкости.

Б - Наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты, в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией.

В - Наличие не менее 6 из 12 нижеперечисленных 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 I плюснефаланговом суставе**
- **Одностороннее поражение I плюснефалангового сустава**
- **Одностороннее поражение суставов стопы**
- **Подозрение на тофусы**
- **Гиперурикемия**
- **Ассиметричный отек суставов**
- **Субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография)**
- **Отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости**

Определенный диагноз «подагра» может быть выставлен при соблюдении любого из трех пунктов – А, Б или В, однако, для диагностики острого приступа подагры в условиях общей врачебной практики особое внимание следует уделять пункту В, в котором учитываются клинические признаки, которые могут быть выявлены врачом любой специальности

В 2016 г. представлены обновленные рекомендации EULAR по лечению подагры [***2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout / P. Richette, M. Doherty, E. Pascual et al. // Ann Rheum Dis. – 2017. – Vol. 76(1). – P. 29-42***]

T2T («Treat to Target») – лечение до достижения цели

Основополагающим принципом успешной терапии является информированность пациента о патофизиологии заболевания, наличии эффективных методов лечения, коморбидных заболеваниях, принципах лечения острого приступа артрита и элиминации кристаллов МУН путем пожизненного снижения сывороточного уровня мочевой кислоты ниже целевого уровня.

Общие рекомендации

- Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических 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)
- Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приема алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты (уровень доказательности IIb), а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры
- Гиперлипидемия, гипертензия, гипергликемия, ожирение и курение являются важными компонентами при ведении больного с подагрой

Диета при подагре

Тип продуктов	Разрешено	Разрешено с ограничениями	Запрещено
Хлеб и мучные изделия	хлеб пшеничный, хлеб ржаной, вчерашняя выпечка с добавлением отрубей	изделия из слоеного и сдобного теста	
Крупы	любые в умеренном количестве		
Овощи	картофель, морковь, салат и другие (за исключением тех, которые находятся в красной графе) в любой кулинарной обработке	ограничиваются соленые и маринованные овощи	бобовые, щавель, шпинат, цветная капуста
Фрукты и сладкие блюда	любые фрукты и ягоды: яблоки, груши, сливы, абрикосы, апельсины, виноград, лесные орехи, грецкие орехи (за исключением тех, которые находятся в красной графе), свежие и в любой кулинарной обработке; кремы, кисель, мармелад, пастила		малина, инжир, шоколад
Мясо и птица	нежирные сорта, не более 1–2 раз в неделю в отварном виде		печень, почки, мозги, язык, мясо молодых животных, мясные консервы
Рыба	нежирные сорта, не более 1–2 раз в неделю в отварном виде		жирные сорта рыбы, рыбные консервы

Диета при подагре

Яйца	1 шт. в день в любой кулинарной обработке		
Молочные продукты	молоко, кефир, простокваша, творог, сметана, неострый сыр		
Жиры	сливочное, растительное масло		говяжий, свиной и кулинарный жир
Соусы, бульоны, пряности	бульоны на овощном отваре; томатный, сметанный, молочный соусы; лимонная кислота, ванилин, корица		мясные, куриные, рыбные, грибные бульоны
Холодные закуски	салаты из свежих овощей, винегреты, икра кабачковая, овощная, баклажанная		мясные копчености, мясные консервы, соленая, копченая рыба, рыбные консервы
Напитки	некрепкий чай и кофе с молоком, соки, морсы, квас, отвар шиповника, щелочные минеральные воды		шоколад, какао, крепкий чай, кофе, алкоголь

Антигиперурикемическая терапия

- Антигиперурикемическая терапия показана больным с персистирующей гиперурикемией и острыми атаками, артропатией, тофусами или рентгенологическими изменениями. Проведение антигиперурикемической терапии показано в указанных случаях при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывать баланс между пользой и потенциальными рисками и согласовано с больным
- Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки перенасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия, возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты

Обновленные рекомендации EULAR по лечению подагры.

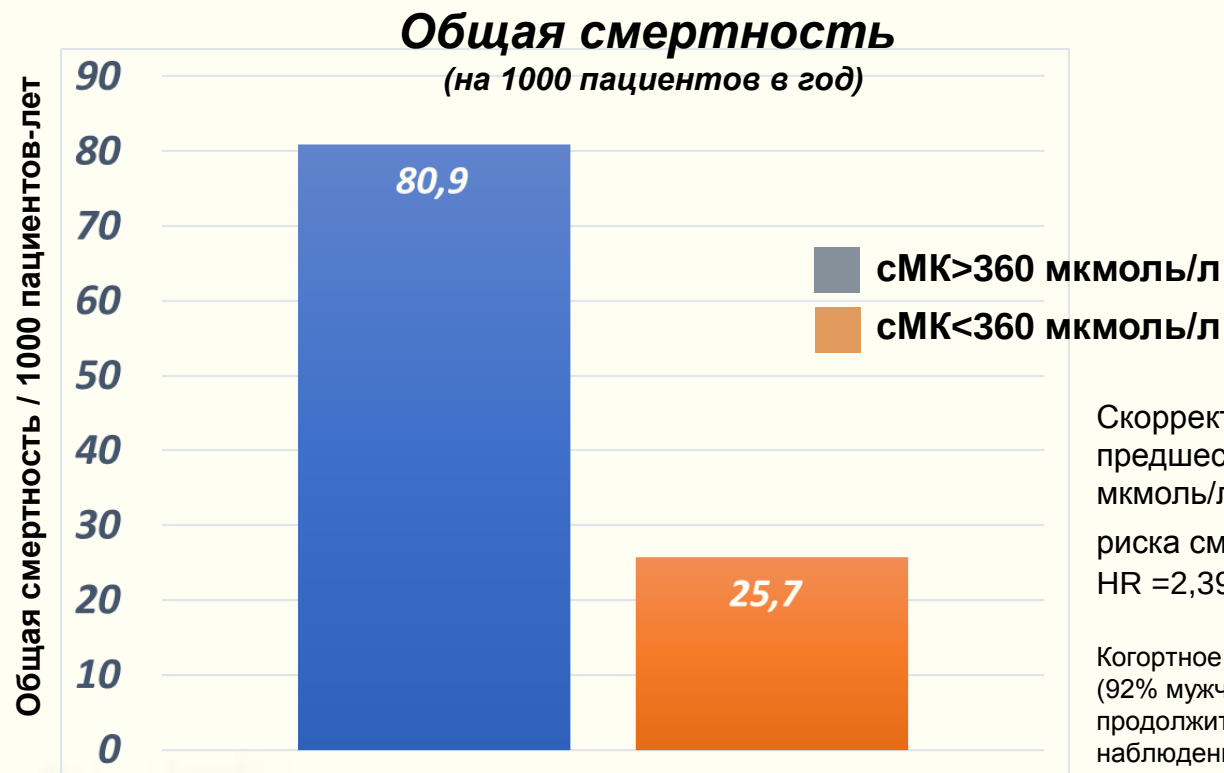
6. У пациентов, находящихся на урат-снижающей терапии, следует контролировать сывороточную концентрацию МК и поддерживать ее на уровне ниже 6 мг/дл (360 мкмоль/л). Более низкий целевой сывороточный уровень МК (<5 мг/дл; 300 мкмоль/л) рекомендуется для более быстрого растворения кристаллов у пациентов с тяжелой подагрой (тофусы, хроническая артропатия, частые приступы) **вплоть до полного растворения кристаллов и излечения подагры.** Сывороточный уровень МК <3 мг/дл не рекомендуется поддерживать в долгосрочной перспективе.^{1,2}



**Следование новым рекомендациям позволят достигать
высоких клинических результатов,
включая фактическое излечение заболевания.**³

Неспособность достичь целевых уровней мочевой кислоты связана с повышением смертности при подагре

Fernando Perez-Ruiz^{1,2,3}, Pascal Richette^{4,5}, Austin Stack⁶, Ravichandra Karra Gurunath⁷, MARIA JESUS GARCIA DE YEBENES Y PROUS⁸ and Loreto Carmona⁹, ¹Rheumatology Division, Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Spain, ²University of the Basque Country (UPV/EHU), Bilbao, Spain



Скорректированная по возрасту, полу, предшествующим СС событиям сМК ≥ 360 мкмоль/л была связана с увеличением риска смерти в **2,39 раза**.
HR = 2,39 (1,64-3,50).

Когортное исследование включало 1 193 пациента (92% мужчин, средний возраст 60 лет, 6,8 года продолжительность заболевания). Средний срок наблюдения составил 48 месяцев.

Отсутствие контроля МК < 360 мкмоль/л является независимым предиктором смерти при подагре. Контроль подагры с достижением цели МК < 360 мкмоль/л следует рассматривать для улучшения выживаемости пациентов.



MEETING ABSTRACTS

SESSION INFORMATION

Date: Sunday, October 21, 2018



Контроль уровня мочевой кислоты

- Фебуксостат 40-80 мг в день под «прикрытием» НПВС в первые 7-10 дней
- Аллопуринол 50-100 мг в день
- Целевые уровни урикемии 240-360 мкмоль/л

- **Успешное купирование острого суставного синдрома заключается в реализации концепции «pill in the pocket» - «пилюли в кармане»**
- **Для купирования острой подагрической атаки рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикостероиды (ГКС) и колхицин**
- **При тяжелых обострениях, а также наличии противопоказаний к традиционным противовоспалительным препаратам перспективно применение блокаторов интерлейкина 1 (канакинумаб, рилонацепт)**

Купирование приступа острого артрита

- **Глюкокортикоиды** - пульс-терапия или внутрисуставное введение
- **Колхицин** - воспалительный процесс, приступ подагры: в первый день терапии 3 раза в день по 1 мг; на второй и третий день терапии назначают двукратный прием по 1 мг; с четвертого дня лечения показан прием 1 мг в вечернее время. Возможно лечение по альтернативной схеме: начальная дозировка 1 мг, затем переходят на прием 0,5-1,5 мг, интервал между приемами 2 часа до момента исчезновения болевого синдрома.
 - профилактика приступов подагры: в течение трех месяцев в вечернее время принимают по 1 мг, эффективно при подагре без тофусов. В сутки не больше 8 мг.
- **НПВС**

Thank You

Up

Page
Down



"