

Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина  
Медицинский Факультет  
кафедра внутренней медицины

# Подагра на примере клинического случая

Студентка 6 курса Лебедь М. А.,  
Преподаватели Лысенко Н.В., Яблучанский Н.И.  
2011 год

# Обмен мочевой кислоты в организме человека и природа подагры

**Мочевая кислота** – конечный продукт обмена пуринов, образующийся в результате ферментативного окисления ксантина под действием ксантиноксидазы.

В основе подагры лежат нарушения пуринового обмена, результатом которого является:

- гиперпродукция и повышение содержания мочевой кислоты в крови (гиперурикемия) с отложениями уратов в тканях и развитием местного воспаления, направленного на инкапсуляцию отложений
- Изменения свойств мочи со склонностью к уролитуазу:
  - Отложение в чашечно-лоханочной системе солей щавелевой кислоты (оксалаты кальция) (рН от 6,8 до 5,8)
  - Отложение в чашечно-лоханочной системе солей мочевой кислоты при дальнейшем снижении рН мочи (от 5,8 до 4,5)
  - Повышение концентрации мочи, воспалительный процесс и образование комней в чашечно-лоханочной системе

# Определение подагры

- **Подагра** – хроническое системное **метаболической и воспалительной природы заболевание** с гиперурикемией (ГУ) и отложением в тканях кристаллов моноурата натрия (МУН) с их повреждением и развитием в местах повреждений очагов локального воспаления
- Ураты натрия откладываются в виде маленьких игольчатых кристаллов, над суставами, в суставах околосуставных образованиях, почках, коже, что вызывает их повреждение и образования подагрических узлов – **тофусов**.

## ***Кристаллы мочевой кислоты***



***Отложение мочевой кислоты и артрит при подагре***


# Из истории «врачевания»

В 17 в. английский врач **Сиденхем**, описал симптом подагры: "**боль** как будто **скручивает**, то **разрывает** связки, то **кусают** и грызет кости точно собака. Болезненная часть тела становится настолько **чувствительной**, что кажется невыносимой тяжесть покрывающего одеяла; **мучительны** даже не совсем осторожные шаги находящегося в комнате человека".



# Распространенность подагры

- болеет до 2 % взрослого населения, преимущественно мужчины в возрасте после 40 лет, женщины — после 60 лет
- В последние годы распространенность значительно увеличилась (в 10–20 раз)
- Риск нарастает по мере увеличения уровня мочевой кислоты (5-летняя кумулятивная частота)



# Наш пациент

## Общие данные

- Мужчина, 54 лет
- Уроженец Кавказа
- Пенсионер, бывший тренер волейбольной команды
- Житель города

# Жалобы

- внезапно возникшая боль в правом локтевом суставе, покраснение кожи над воспаленным суставом вплоть до синевато-багрового цвета, горячей на ощупь;
- быстрое в течение нескольких часов его припухлость;
- напряжение, нарушение подвижности в суставе
- повышения температуры тела до 38-39°C;
- нарушение сна, слабость, утомляемость

# Анамнез заболевания

- Впервые, в 2001г., появилась боль, припухлость и покраснение в I плюснефаланговом суставе левой стопы, через месяц такие же симптомы в левом коленном суставе.

Был госпитализирован в Городскую клиническую больницу №7, где при лабораторном и инструментальном исследовании установлен диагноз **“Первичная подагра, типичный острый приступ подагрического артрита, ФН II”**. Проведенное лечение принесло значительное улучшение.

- Спустя 5 лет, в 2006 г., при погрешности в диете и несоблюдении режима амбулаторного лечения, у больного вновь появились признаки подагры правого лучезапястного сустава. Госпитализирован в ГКБ №7, где в результате проведенного лечения явления подагры уменьшились и был выписан с улучшением.
- 15.10.2011г., днем появилась жгучая боль и покраснение в области правого локтевого сустава, к вечеру возникла припухлость кожи над суставом болезненная и горячая на ощупь, с ограничением движений в нем. Повышение  $t$  тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , общую слабость и недомогание. В связи с очередным обострением болезни поступил в ЦКБ УЗ на обследование и лечение.



# Анамнез жизни

- Женат, двое взрослых детей
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- Аллергологический анамнез не отягощен
- Наследственный анамнез не отягощен
- Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает

# Объективный статус

- Общее состояние удовлетворительное
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет
- Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные, ЧСС=PS=70 уд/мин; АД 140/90 мм.рт.ст.
- Живот мягкий, безболезненный во всех отделах
- Печень у края реберной дуги
- Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон
- Физиологическое отправление в норме
- Неврологический статус не нарушен

# Локальный статус

- Отечность, гиперемия, болезненность при пальпации правого локтевого сустава  
ограничения подвижности в нем
- Деформация правого коленного сустава, мелких суставов кистей и стоп;
- Тофусы на разгибательной поверхности правого локтевого сустава и ушных раковинах

# Подагрический артрит правого локтевого сустава (наш пациент)

левая рука



правая рука



# Рентгенография локтевого сустава

тофус локтевого сустава



## Клинический анализ крови

18.10.11г

Нв 132 г/л (130-180г/л)

Эр. 4,28 г/л (4,0-5,0г/л)

Тр. 262 г/л (180-320г/л)

Лейкоц. 5,1 г/л (4,0-9,0г/л)

СОЭ 47 мм/мин (1-10мм/мин)

Нейтроф.:

п/я 2% (1,08-6,0%)

с/я 60% (47,0-72,0%)

Эозин. 1% (0,5-6,0%)

Лимф. 31% (19,0-37,0%)

Моноциты 6% (3,0-11,0%)

Гематокрит 46,9 (40-48%)

## Биохимический анализ крови

18.10.11г.

Сахар 5,85 (3,9-6,4ммоль/л)

С-реактивный белок 24 (до 6 мг/л)

Ревматоидный фактор – отриц.

Антистрептолизин – отриц.

26.10.11г.

Мочевая кислота крови – 486 (200-500  
мкмоль/л)

# Общий анализ мочи

18.10.11г.

Кол-во 170,0

Цвет желтый

Прозрачность – прозрачная

Уд. Вес 1,020

Реакция рН 6,0

Белок не выявлен

Сахар не выявлен

Эр. 0-1 в п/з

Лейк. 3-5 в п/з

Эпителий:

Переходный 0-1 в п/з

Цилиндры не выявлены

Слизь не большое количество

Соли оксалаты небольшое количество

## Рентгенография

стоп в прямой проекции

## УЗИ почек и надпочечников

### Заключение:

Признаки деформирующего артроза плюснефалангового сустава I пальца правой стопы.

Указанные образования связаны с тофусами, которые разрушают корковое вещество кости – симптом «пробойника»

### Заключение:

Мочекаменная болезнь почек.  
Левосторонний гидрокаликоз.  
Киста (тофус?) правой почки



# Основные клинические синдромы подагры

- Гиперпродукция мочевой кислоты в организме
- Снижение экскреции мочевой кислоты почками
- Отложения кристаллов уратов в тканях
- Образование тофусов
- Острый подагрический артрит суставов
- Поражение почек

# Диагностические критерии подагрического артрита (Институт ревматологии РАМН, 1985)

1. Наличие в анамнезе или наблюдение не менее 2-х атак воспаления и/или покраснения и сильной боли в суставе конечности с ремиссией через 1-2 недели.....2
  2. Острый артрит плюснефалангового сустава большого пальца стопы в анамнезе или статусе (характер атаки описанный в пункте 1).....4
  3. Тофусы.....4
  4. Повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови (у мужчин >0,42 ммоль/л (7мг%), у женщин >0.ю36 ммоль/л (6мг%) .....3
  5. Мочекаменная болезнь.....1
- Симптомы «пробойника» или большие кости на рентгенограмме.....2

Диагноз	Диагностические грани суммы условных единиц
Подагра достоверная	> 8
Подагра вероятная	5-7
Подагра отсутствует	< 4

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОДАГРЫ

(Институт ревматологии РАМН)

1. Этиопатогенетическая характеристика:
  - **первичная**;
  - вторичная.
2. Клинические формы:
  - **типичный острый приступ подагрического артрита**;
  - псевдофлегмонозная;
  - ревматоидоподобная;
  - подострая;
  - полиартрит по типу инфекционно-аллергического;
  - псориатическая;
  - астеническая;
  - abortивная;
  - внесуставная.
3. Периоды:
  - преморбидный;
  - интермиттирующий (острорецидивизирующий);
  - **хронический**.
4. Варианты течения:
  - легкое;
  - **среднетяжелое**;
  - тяжелое.
5. Фазы:
  - **обострения (активная)**;
  - ремиссии (неактивная).

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОДАГРЫ (продолжение)

6. Рентгенологические стадии поражения суставов:
  - I – крупные кисты (тофусы) в субхондральной кости и в более глубоких слоях, иногда уплотнение мягких тканей;
  - II – крупные кисты вблизи суставов и мелкие эрозии суставных поверхностей, постоянное уплотнение околосуставных мягких тканей, иногда с кальцификатами;
  - III – большие эрозии не менее чем на 1/3 суставной поверхности, остеолит эпифиза, значительное уплотнение мягких тканей с отложением извести.
7. Периферические тофусы и их локализация:
  - **имеются**;
  - отсутствуют.
8. Степень функциональной недостаточности:
  - 0 – функция сохранена;
  - I – сохранена профессиональная способность;
  - II – **утрачена профессиональная способность**;
  - III – утрачена способность к самообслуживанию.
9. Тип нефролитиаза:
  - **уролитический**;
  - интерстициальный нефрит;
  - гломерулонефрит;
  - артериолонефросклероз.

# Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ 10)

## КЛАСС XIII

Болезни костно-мышечной системы и  
соединительной ткани (M00-M99)

### ■ M10 Подагра

□ .....

- M10.03 Идиопатическая подагра: Локализация - Предплечье (Лучевая кость, локтевая кость, лучезапястный сустав)

## КЛАСС XIV:

Болезни мочеполовой системы (N00-N99)

N25-N29 Болезни почки и мочеточника

- N28 Другие болезни почки и мочеточника, не классифицированные в других рубриках

■ .....

- N28.1 Киста почки приобретенная

# Клинический диагноз

Подагра. Подагрический полиартрит с преимущественным поражением правого локтевого сустава, хроническое течение, стадия обострения с Рентген-стадия I. ФН II.

Тофусы в ушных раковинах и в области правого локтевого сустава

Киста (тофус?) правой почки.

# Лечение

- I. Модификация образа жизни
- II. Диета:
  1. Питание должно быть гипокалорийным с ограничением продуктов богатых пуринами, исключить: мясные копчености, бульоны, щавель, бобовые, шоколад; снизить количество поваренной соли
  2. Разрешенные к употреблению продукты: вегетарианские супы, рыбу и мясо употреблять в отварном виде, молочные продукты, сухофрукты, зеленый чай. Обильное питье до 2-3 л. (“Боржоми”, “Ессентуки”)/
- III. Базисная терапия (лекарственные препараты , которые снижают гиперурикемию)
  1. Препарат, уменьшающий синтез мочевой кислоты  
– **Аллопуринол** 300мг (до 6 мес.)
  1. Препарат, способствующий выведению мочевой кислоты и удалению мочевых конкрементов  
– **Уролесан** по схеме в течении месяца
  1. Анальгезирующие, нестероидные противовоспалительные препараты:  
– **Нимесил** по 1 порошку 2 р/с  
– **Вольтарен** 150мг в день  
– **Финалгель** растирать пораженное место

При отсутствии эффекта- внутри суставное введение глюкокортикостероиды
- IV. Физиотерапия:
  1. калий-литий-электрофорез
  2. ультрафонофорез гидрокортизона
- V. Лечебная физкультура, массаж
- VI. Санаторно-курортное лечение: Трускавец, Сочи, Славянск и др.

# Прогноз

- После продолжительного лечения в течение 10–12 месяцев у больных хроническим подагрическим артритом исчезает ощущение скованности;
- прекращаются острые подагрические приступы;
- рассасываются мелкие и уменьшаются в размерах крупные тофусы;
- улучшается функция почек, могут исчезнуть мелкие конкременты в почках;
- трудоспособность сохраняется





*Спасибо за внимание*