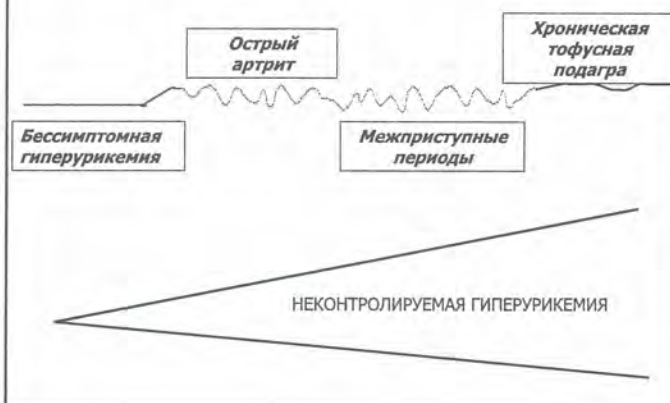


Слайд
1**Диагностика и лечение подагры****Барскова В.Г****ГУ Институт ревматологии РАМН****Современное определение подагры**

**Системное тофусное заболевание,
развивающееся в связи с воспалением в
месте отложения кристаллов моноурата
натрия у людей с гиперурикемией,
обусловленной внешнесредовыми и/или
генетическими факторами**
(Насонова В.А. 2003 год)

Слайд
2**Подагра – стадийное течение болезни**Слайд
3**Атака острого артрита****Провоцирующие факторы:**

травма
прием алкоголя
погрешности в диете,
хирургические процедуры, и т.д.

Клиническое описание: Внезапное, быстрое нарастание интенсивных болей, как правило, в одном суставе, гиперемия кожных покровов, припухлость и нарушение функции пораженного сустава

Характерная особенность острого подагрического артрита - полное спонтанное выздоровление и отсутствие симптомов между приступами до развития хронического подагрического артрита.

При отсутствии лечения наблюдается учащение атак, более затяжное течение, вовлечение в процесс новых суставов.

Слайд
4**Межприступный период**

– В отсутствие лечения повторный приступ обычно развивается в течение первого года у 62%, 2-х лет – у 78% пациентов

– Характерно сокращение продолжительности бессимптомного периода, приступы становятся более тяжелыми, затрагивают «новые» суставы, иногда имеют полиартикулярный мигрирующий характер

Слайд
5**Хроническая тофусная подагра**

Развитие тофусов (часто множественных), хронического артрита, поражения почек, мочекаменной болезни

Раннее появление тофусов наблюдается: при некоторых формах ювенильной подагры, у женщин пожилого возраста, принимающих диуретики, при миелопролиферативных заболеваниях при некоторых заболеваниях почек, приводящих к выраженной гиперурикемии.

Слайд
6**Классификационные критерии подагры**

(Wallace с соавт., 1977г, рекомендованы ВОЗ в 2000 г)

А. Наличие характерных монокристаллических уратных кристаллов в синовиальной жидкости

В. Подтвержденный тофус (химическим анализом или поляризационной микроскопией)

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

Слайд
7**Критерий С: Наличие 6 из 12 признаков**

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

Слайд
8**Цели терапии**

- Быстрое и безопасное разрешение артрита
- Предотвращение рецидивов артрита и развития осложнений, связанных с гиперурикемией
- Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний

Слайд
9**Терапия артрита**

колхицин

НПВП
Глюкокортикоиды (ГК)

Слайд
10**Общие принципы лечения больных ОА**

Гетерогенность заболевания:
поражение почек со снижением СКФ
Артериальная гипертензия
Инф/Инсульт, ХСН
Язвенная болезнь
Поражение печени

- Индивидуальные особенности больного
- возраст
- образ жизни
- питание
- послушание
- способность отказаться от алкоголя

Слайд
11**Трудности в подборе терапии**

Особенность препаратов, применяемых для купирования артрита:

ГК**НПВП****колхицин**

изменение фармакодинамики и увеличение частоты побочных реакции при наличии поражения почек и/или печени

Слайд
12**принципы успешной терапии подагрического артрита**

Выясни длительность артрита !

1-2 недели

Острый

более 1 месяца

Хронический

Разная тактика

Слайд
13



Слайд
14

КОЛХИЦИН

- 1 Наибольшая эффективность в первые часы развития артрита
- 2 Большое количество побочных явлений (желудочно-кишечные, нейромышечные, гематологические)
- 3 Не показал преимущества перед НПВП, однако сохраняет лидерство по токсическим эффектам

Слайд
15

Место колхицина в современной терапии подагры

Наличие абсолютных противопоказаний для НПВП

Возможность наблюдения за больным

Применение внутривенной формы амбулаторному больному считается терапевтической ошибкой

Слайд
16

Если пациент обратился к Вам впервые

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ КОЛХИЦИН!!!
*Особенно пожилому больному и
больному без известной функции
почек*

Жизнеугрожающая интоксикация описана и на малых
дозах!!!

Слайд
17

НПВП

1. Препараты первой линии
2. Сравнимы между собой по эффективности
3. Наиболее эффективны в начале обострения

Слайд
18

**НПВП – основная группа выбора в лечении
острого подагрического артрита**

Оцените у больного «НПВП-факторы риска»

Возраст > 65 лет (относительный фактор)

клиренс креатинина < 50 мл/мин

декомпенсированная ХСН

язвенная болезнь

антикоагулянтная терапия

поражение печени

Слайд
19

Глюкокортикоиды в лечении подагрического артрита (внутримышечно, перорально, внутривенно, короткими курсами)

Показания:

1. Пожилой возраст
2. Наличие противопоказаний для НПВП
3. Рефрактерный артрит:
 - полиартикулярный
 - затяжной или хронический
 - Отсутствие эффекта от НПВП
4. Поражение одного крупного сустава

Слайд
20

Факты, обуславливающие увеличение частоты подагры, приводящие к росту частоты использования глюкокортикоидов

1. Увеличение продолжительности жизни, а значит удельного веса пожилых больных
2. Увеличение частоты артериальной гипертензии, ХПН, ХСН, ИБС
3. Применение антикоагулянтной терапии и терапии диуретиками
4. Рост посттрансплантационной (циклоsporин-индуцированной) подагры

Слайд
21

Рекомендуемые дозы для внутривенного введения при рефрактерном артрите



Слайд
22**Цели собственно
противоподагрической терапии**

Достижение целевого уровня урикемии
Профилактика прогрессирования подагры и
обратное развитие клинических симптомов
(артропатии, нефропатии, тофусов)

Слайд
23**Показания для терапии**

- Тофусы
- Частота артрита в год – 3-4
- Возраст старше 60 лет
- Стойкая гиперурикемия
- Поражение почек со снижением клиренса креатинина ниже 80 мл/мин
- Сокращение межприступного периода

**Подагра – заболевание хроническое, поэтому
раннее лечение обеспечивает лучший прогноз**

Слайд
24**КАК ДОЛГО ПРОВОДИТЬ
ЛЕЧЕНИЕ ?**

Необходимо сразу и безоговорочно внушать
больному, что терапия аллопуринолом является
ПОЖИЗНЕННОЙ, также как и гипогликемическая
терапия при сахарном диабете 2 типа,
артериальной гипертензии и ИБС

Слайд
25

Основные принципы СПТ

- 1** Нельзя начинать терапию во время острой атаки, необходимо попытаться полностью купировать суставной синдром
- 2** Если приступ артрита развился на фоне приема аллопуринола (как правило в первые 3-6 месяцев начала терапии), то возможно, но не обязательно, снизить дозу.

Слайд
26

Основные принципы СПТ

- 3** Для профилактики острых приступов и тяжелых побочных реакций, рекомендуется начинать терапию с небольшой дозы (100,50 и даже менее), далее титровать до нормоурикемии каждые 2 недели
- 4** Отражением правильного подбора дозы препарата является скорость снижения уровня гиперурикемии – не более 10% от исходных цифр в течение 1 месяца терапии
«чем медленнее, тем лучше»

Слайд
27

Основные принципы СПТ

- 5** Общепринято адаптировать дозу по клиренсу креатинина: снижение КК ниже 30мл/мин – снижение дозы
- 6** Для профилактики острого приступа артрита в начале терапии аллопуринолом возможно применение коротких курсов небольших доз НПВП
- 7** При отмене аллопуринола, уровень МК нарастает в течение 3-4 дней
