

Олег Гринвуд

ПОДАГРА

— ПОД КОНТРОЛЕМ: —

ПИТАНИЕ БЕЗ ОБОСТРЕНИЙ



Олег Гринвуд

**Подагра под контролем:
питание без обострений**

«Автор»

2026

Гринвуд О.

Подагра под контролем: питание без обострений / О. Гринвуд — «Автор», 2026

Подагра — это системное метаболическое заболевание, характеризующееся стойким повышением уровня мочевой кислоты в крови (гиперурикемией), что приводит к отложению кристаллов моноурата натрия в суставах, почках и других тканях. Проявляется рецидивирующими острыми приступами мучительного артрита, чаще в первом плюснефаланговом суставе, с последующим развитием хронического воспаления, тофусов (подкожных узелков) и поражением почек (нефропатией, мочекаменной болезнью). Эффективное лечение основано на двух главных принципах: длительной гипоурикемической терапии (препараты для снижения мочевой кислоты) для профилактики приступов и растворения кристаллов, и коррекции образа жизни (низкопуриновая диета с ограничением алкоголя и фруктозы, контроль веса, адекватный питьевой режим). Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста.

© Гринвуд О., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Введение	5
Глава 1. Механизм развития болезни: от мочевой кислоты до кристаллов	7
Глава 2. Причины и факторы риска: наследственность, образ жизни, сопутствующие заболевания	10
Глава 3. Симптомы и диагностика: как отличить подагру от других болезней суставов	12
Глава 4. Чем опасна неконтролируемая подагра: тофусы, поражение почек, суставные деформации	15
Глава 5. Медикаментозная терапия: базовые препараты и средства для купирования приступа (краткий обзор, важность согласования с врачом)	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

Олег Гринвуд

Подагра под контролем: питание без обострений

Введение

Если эта книга оказалась в ваших руках, значит, вы или ваш близкий столкнулись с коварным недугом под названием подагра. Возможно, вы до сих пор помните тот первый, внезапный и мучительный приступ, когда сустав (чаще всего – большой палец ноги) воспалился, распух и горел огнем, а любое прикосновение, даже простыни, вызывало невыносимую боль. Или, быть может, вы уже давно живете в тревожном ожидании нового обострения, строго ограничивая себя, но все равно сомневаетесь в правильности своих действий.

Вы не одиноки. Подагра – одно из самых древних и распространенных заболеваний обмена веществ, известное человечеству. Ее называли «болезнью королей» и «пиршеством ног», связывая с избытком пищи и вина. Но сегодня мы знаем: подагра перестала быть уделом лишь аристократии, она затрагивает миллионы людей по всему миру, независимо от социального статуса. И главное – мы научились ее эффективно контролировать.

Почему эта книга нужна вам?

Потому что между диагнозом «подагра» и полноценной, активной, вкусной жизнью нет пропасти. Есть лишь мост, построенный из знаний. К сожалению, вокруг этого заболевания до сих пор витает огромное количество мифов, полуправды и устаревших рекомендаций, которые не только не помогают, но и вредят. Стандартный совет «не есть мясо и не пить пиво» – слишком примитивен и не дает полной картины. Эта книга создана, чтобы стать вашим современным, понятным и практическим проводником. Здесь вы не найдете страшных запугиваний, зато найдете четкие, научно обоснованные ответы на вопросы:

Как питаться, чтобы не просто избегать боли, но и снизить уровень мочевой кислоты?

Что действительно можно и нельзя есть, а что – можно, но с умом?

Как составить разнообразное и вкусное меню, которое станет не наказанием, а удовольствием?

Как сочетать питание с другими важными аспектами лечения?

Наша цель – не просто дать вам список запретов. Наша цель – вернуть вам чувство контроля над собственной жизнью и здоровьем.

Мифы и правда о подагре.

Давайте развеем несколько самых распространенных мифов прямо сейчас:

Миф 1: Подагра – это только про боль в суставе большого пальца ноги. Правда: Она может поражать любые суставы (колени, голеностопы, кисти, локти), а при длительном течении – серьезно повреждать почки.

Миф 2: Это болезнь только полных людей и любителей выпить. Правда: Подагра имеет сильную генетическую предрасположенность. Ею могут страдать и стройные люди, а триггером приступа часто становятся не только алкоголь, но и стресс, обезвоживание или резкая диета.

Миф 3: Главное – пережить приступ, а между ними можно жить как прежде. Правда: Подагра – хроническое системное заболевание. Без постоянного контроля высокий уровень мочевой кислоты незаметно разрушает суставы и почки даже между приступами. Ремиссия – это не отсутствие боли, это нормальные показатели мочевой кислоты в крови.

Миф 4: Диета при подагре – это голодная и безвкусная еда. Правда: Современный подход к питанию при подагре – это сбалансированный, здоровый и очень разнообразный рацион, основанный на большом количестве разрешенных продуктов. Вам не придется голодать.

Питание как главный союзник в лечении.

Лечение подагры стоит на двух китах: медикаментозная терапия, которую назначает врач-ревматолог, и образ жизни, ключевым элементом которого является питание. Нельзя недооценивать ни один из этих «китов».

Представьте, что ваше тело – это бассейн, а мочевая кислота – вода, которая в него поступает (с пищей и в результате обмена веществ) и вытекает (через почки). При подагре либо вода поступает слишком быстро (обилие пуринов), либо вытекает слишком медленно (особенности организма), либо происходит и то, и другое. Задача лекарств – усилить «сток». Задача питания – отрегулировать «подачу». Работая вместе, они не дают «бассейну» переполниться, то есть предотвращают образование кристаллов и приступы.

Правильное питание – это не просто «диета на месяц». Это ваш долгосрочный вклад в здоровье суставов, почек и всего организма. Это инструмент, который позволит вам снизить дозы лекарств (только по согласованию с врачом!), минимизировать риск обострений и чувствовать себя энергично и комфортно каждый день.

Переверните страницу – и давайте начнем путь к тому, чтобы взять подагру под контроль. Навсегда.

Глава 1. Механизм развития болезни: от мочевой кислоты до кристаллов

Подагра – это не просто «отложение солей». Это сложное метаболическое нарушение, в основе которого лежит стойкое повышение уровня мочевой кислоты в крови – состояние, называемое гиперурикемией. Чтобы понять, как управлять болезнью, нужно разобраться в цепочке событий, ведущих от молекулы к мучительной боли. Давайте пройдем по этому пути шаг за шагом.

1. Откуда берется мочевая кислота? Источники в организме

Мочевая кислота – это конечный продукт распада пуринов. Пурины – не чужеродные вещества, а естественные компоненты наших клеток и многих продуктов питания.

Есть два основных источника пуринов в организме:

Эндогенные (внутренние, ~80%): Наш организм постоянно обновляется: старые клетки отмирают, новые образуются. При распаде клеточных ядер (ДНК и РНК) высвобождаются пурины, которые затем преобразуются в мочевую кислоту. Это нормальный, естественный процесс.

Экзогенные (внешние, с пищей, ~20%): Мы получаем пурины из пищи, особенно богатой животными белками и некоторыми растительными продуктами (бобовые, шпинат, грибы).

Таким образом, мочевая кислота образуется в нас постоянно, и это нормально.

2. Что происходит в норме? Баланс между синтезом и выведением

В здоровом организме существует тонкий баланс:

Скорость синтеза мочевой кислоты (из внутренних и внешних пуринов).

Скорость ее выведения (на 70% через почки с мочой, на 30% через кишечник).

Пока этот баланс соблюдается, уровень мочевой кислоты в крови остается в безопасных пределах (как правило, ниже 360 мкмоль/л для женщин и 420 мкмоль/л для мужчин).

3. Где происходит сбой? Причины гиперурикемии

Гиперурикемия развивается, когда этот баланс нарушается. Возможны три основных сценария:

Снижение выведения (самая частая причина, ~90% случаев). Почки по разным причинам (генетическая предрасположенность, прием некоторых лекарств, дисфункция почек) не справляются с выведением нормального количества мочевой кислоты. Она накапливается в крови, как вода в закупоренной раковине.

Повышенное образование. Встречается реже. Организм производит слишком много мочевой кислоты из-за генетических дефектов ферментов, тяжелых заболеваний (псориаз, некоторые виды анемии), распада опухолей при химиотерапии или избытка пуринов в рационе.

Смешанный тип. Сочетание умеренного повышения синтеза и снижения выведения.

Важно понимать: сама по себе гиперурикемия может годами протекать бессимптомно. Это первая, бессимптомная стадия болезни.

4. Ключевое событие: кристаллизация. Как боль становится материальной

Когда концентрация мочевой кислоты в плазме крови превышает предел растворимости (около 400 мкмоль/л), она начинает превращаться из раствора в твердые кристаллы. Это похоже на то, как перенасыщенный сахарный сироп начинает кристаллизоваться.

Кристаллы представляют собой острые, игольчатые образования – моноураты натрия. Они откладываются в первую очередь в тканях с плохим кровоснабжением и низкой температурой:

Суставы и околосуставные ткани (особенно суставы стоп, где температура ниже).

Хрящи ушей (в дальнейшем образуя тофусы).

Почки (формируя уратные камни).

Но и наличие кристаллов еще не гарантирует приступа. Они могут годами «спать» в суставе, не вызывая воспаления. Это интервальная (межприступная) подагра.

5. Запуск воспаления: почему начинается приступ

Острый подагрический приступ – это бурная реакция иммунной системы на то, что она распознает как врага. Механизм похож на реакцию на занозу:

Провокация. Резкий скачок или, наоборот, падение уровня мочевой кислоты в крови (после обильной трапезы, приема алкоголя, начала приема лекарств, сильного стресса или травмы сустава) приводит к тому, что часть кристаллов отрывается от депозита.

Тревога. Клетки иммунной системы – макрофаги – пытаются «съесть» и обезвредить острые кристаллы, но повреждаются и гибнут.

Воспалительная буря. Погибшие клетки выбрасывают сигнальные молекулы – цитокины, которые запускают мощнейшую воспалительную реакцию. К месту «аварии» устремляются полчища других иммунных клеток (нейтрофилов), развивается отек, покраснение, резко повышается температура в суставе и возникает нестерпимая боль. Это и есть острый подагрический артрит.

Затухание. Через несколько дней (с лечением или без) воспалительный процесс стихает. Иммунная система как бы «привыкает» к кристаллам, и наступает затишье – ремиссия. Но сами кристаллы никуда не делись.

Графическая схема механизма развития подагры:

[Пурины из пищи и распада клеток]

V

[Мочевая кислота в крови]

<– Баланс: СИНТЕЗ vs. ВЫВЕДЕНИЕ (почки/кишечник)

Нарушение баланса

V

[ГИПЕРУРИКЕМИЯ] (Повышенный уровень мочевой кислоты)

V

[КРИСТАЛЛИЗАЦИЯ] (Образование моноуратов натрия)

<– Отложение в суставах, хрящах, почках

Провокация (скачок уровня, травма)

V

[ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ИММУНИТЕТА]

V

[ОСТРЫЙ ПРИСТУП] (Боль, отек, краснота)

6. Хроническая стадия: чем опасна длительная гиперурикемия

Если уровень мочевой кислоты годами остается высоким, болезнь прогрессирует:

Кристаллов становится все больше.

Приступы учащаются, захватывают новые суставы.

Формируются тофусы – видимые под кожей узелки, состоящие из спрессованных кристаллов. Они могут деформировать суставы и разрушать хрящ.

В почках образуются уратные камни, развивается подагрическая нефропатия, которая может привести к почечной недостаточности.

Вывод: цель лечения – разорвать порочный круг

Понимание этого механизма проясняет главные цели лечения:

Купировать острое воспаление (снять боль и отек).

Добиться и поддерживать целевой уровень мочевой кислоты в крови (как правило, ниже 360 мкмоль/л, а при наличии тофусов – ниже 300 мкмоль/л).

Растворить уже имеющиеся кристаллы и предотвратить образование новых. Это процесс длительный, занимающий от нескольких месяцев до нескольких лет, но именно он приводит к стойкой ремиссии и предотвращает разрушение суставов и почек.

Таким образом, подагра – это не приговор к пожизненной боли, а нарушение обмена веществ, которым можно и нужно управлять. Следующая глава поможет понять, какие факторы увеличивают риск оказаться на этом пути.

Глава 2. Причины и факторы риска: наследственность, образ жизни, сопутствующие заболевания

Понимание механизма подагры позволяет перейти к ключевому вопросу: почему одни люди сталкиваются с этой болезнью, а другие – нет? Подагра – это результат сложного взаимодействия генетической предрасположенности и факторов образа жизни, которые "включают" эту программу. Давайте разберемся, кто находится в группе риска и что именно способствует развитию гиперурикемии.

2.1. Генетическая предрасположенность: унаследованная "слабость"

Наследственность играет одну из главных ролей. Если у ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер) была диагностирована подагра, ваш риск возрастает в 2-3 раза. Это не значит, что болезнь неизбежна, но означает, что ваш обмен веществ изначально может быть настроен определенным образом.

Что именно наследуется?

Гены, отвечающие за работу почечных канальцев. В большинстве случаев подагра связана с сниженной экскрецией (выведением) мочевой кислоты почками. Определенные генетические вариации делают почечные транспортеры менее эффективными, и мочевая кислота задерживается в крови даже при нормальной диете.

Гены, контролирующие активность ферментов пуринового обмена. Реже встречаются врожденные нарушения, приводящие к избыточному синтезу мочевой кислоты (например, синдром Леша-Найхана).

Практический вывод: Знание о семейной истории – не повод для фатализма, а важный сигнал для более внимательного отношения к образу жизни и раннего контроля уровня мочевой кислоты.

2.2. Факторы образа жизни: "спусковые крючки"

Гены закладывают потенциал, но образ жизни часто становится тем спусковым крючком, который запускает болезнь. Эти факторы напрямую влияют на уровень мочевой кислоты.

А. Питание: не только пурины

Продукты, богатые пуринами: Красное мясо (говядина, свинина, баранина), субпродукты (печень, почки, язык), некоторые виды жирной рыбы (сельдь, сардины, анчоусы), морепродукты (креветки, мидии). Их избыток перегружает метаболические пути.

Фруктоза: Это скрытый и мощный враг. Фруктоза метаболизируется в печени с образованием пуринов и молочной кислоты, которая, в свою очередь, мешает выведению мочевой кислоты почками. Основные источники: подслащенные сахаром напитки (газировка, пакетированные соки), кукурузный сироп (часто встречается в полуфабрикатах, соусах, выпечке), мед, некоторые фрукты в очень больших количествах.

Алкоголь: Двойной удар по организму.

Пиво: Содержит и пурины (из дрожжей), и алкоголь.

Крепкий алкоголь (водка, виски): Усиливает производство мочевой кислоты и препятствует ее выведению.

Вино (особенно крепленое): Менее опасно, чем пиво и крепкий алкоголь, но в больших количествах также может провоцировать приступы.

Б. Избыточный вес и ожирение

Жировая ткань – не просто пассивное хранилище энергии. Она активно продуцирует вещества, способствующие системному воспалению и снижающие чувствительность почек к выведению мочевой кислоты. Чем больше избыточного веса, тем выше риск гиперурикемии. При этом особенно опасен висцеральный жир, окружающий внутренние органы.

В. Обезвоживание

Недостаточное потребление воды приводит к концентрации мочи и снижению объема крови, проходящего через почки. Это затрудняет выведение мочевой кислоты и создает идеальные условия для ее кристаллизации в почках (камни) и суставах.

Г. Стресс и недосыпание

Хронический стресс и недостаток сна повышают уровень кортизола, который может влиять на метаболизм пуринов и функцию почек. Кроме того, стресс часто ведет к нездоровым пищевым привычкам (переедание, употребление алкоголя).

2.3. Сопутствующие заболевания и состояния

Подагра редко приходит одна. Часто она является частью метаболического синдрома – "созвездия" взаимосвязанных нарушений:

Артериальная гипертензия (гипертония): Высокое давление напрямую связано со снижением почечного клиренса мочевой кислоты. Более того, некоторые лекарства от давления (тиазидные и петлевые диуретики) дополнительно повышают ее уровень, создавая порочный круг.

Сахарный диабет 2-го типа и инсулинорезистентность: Инсулинорезистентность ухудшает выведение мочевой кислоты почками. Гиперурикемия и инсулинорезистентность часто идут рука об руку.

Заболевания почек: Любая патология, снижающая функцию почек (хроническая болезнь почек, гломерулонефрит и др.), автоматически ведет к накоплению мочевой кислоты.

Псориаз: При этом заболевании происходит ускоренное обновление клеток кожи, что увеличивает распад пуринов и, как следствие, синтез мочевой кислоты.

Метаболический синдром: Комбинация абдоминального ожирения, гипертонии, высокого уровня холестерина/триглицеридов и инсулинорезистентности. Пациенты с метаболическим синдромом – в самой высокой группе риска по подагре.

2.4. Пол и возраст

Пол: Мужчины болеют подагрой в 7-9 раз чаще женщин в молодом и среднем возрасте. Эстрогены, женские половые гормоны, обладают урикозурическим действием – то есть усиливают выведение мочевой кислоты почками. После менопаузы, когда уровень эстрогенов падает, заболеваемость у женщин резко возрастает и практически сравнивается с мужской.

Возраст: Пик заболеваемости у мужчин – 40-50 лет, у женщин – после 60 лет. Это связано с накоплением эффекта нездорового образа жизни, присоединением сопутствующих заболеваний и (у женщин) с гормональной перестройкой.

Резюме: профиль пациента с высоким риском подагры

Это мужчина старше 40 лет (или женщина после менопаузы) с избыточным весом, который регулярно употребляет пиво или сладкие напитки, любит красное мясо и субпродукты, имеет повышенное артериальное давление и, возможно, отягощенную семейную историю.

Важнейший вывод: Большинство факторов риска подагры являются модифицируемыми, то есть на них можно повлиять. Это дает огромную надежду и четкий план действий. Даже при плохой наследственности, контроль веса, коррекция диеты (особенно отказ от фруктозы и алкоголя), достаточное питье и лечение сопутствующих заболеваний позволяют радикально снизить риск развития болезни или взять ее под контроль, если диагноз уже поставлен. В следующей главе мы поговорим о том, как именно проявляется подагра и как ее диагностируют.

Глава 3. Симптомы и диагностика: как отличить подагру от других болезней суставов

Подагра обладает яркой, но не всегда уникальной симптоматикой. Ее проявления можно спутать с другими заболеваниями суставов, что ведет к ошибкам в самолечении и потере времени. Эта глава – ваш навигатор по ключевым признакам болезни и современным методам точной диагностики.

3.1. Классическая картина острого подагрического приступа

Обострение подагры трудно с чем-то перепутать. Оно развивается стремительно, часто ночью или под утро, и имеет характерные черты:

Внезапное начало: Боль достигает максимальной интенсивности за несколько часов (часто за 2-6 часов). Человек может лечь спать здоровым, а проснуться от мучительной боли.

Нестерпимая боль: Боль описывается как «грызущая», «разрывающая», «ощущение, что сустав попал в капкан». Она резко усиливается при малейшем движении или прикосновении.

Локализация: В 70-80% случаев первый приступ поражает первый плюснефаланговый сустав (основание большого пальца ноги). Это классический признак, который носит название «подагра» (от греч. podagra – капкан для ног). Однако могут страдать и другие суставы: голеностопный, коленный, лучезапястный, мелкие суставы кистей, локти.

Яркие признаки воспаления: Сустав отекает, кожа над ним становится напряженной, ярко-красной или багрово-синюшной, горячей на ощупь. Иногда наблюдается шелушение кожи после стихания приступа.

Системные симптомы: Может повышаться температура тела (до 38-39°C), появляться озноб, общая слабость и тахикардия.

Самоограничение: Даже без лечения острый приступ, как правило, полностью проходит самостоятельно за 3-10 дней. Но это не означает выздоровления – это лишь затишье перед следующей атакой.

Важно: На ранних стадиях поражение обычно моноуставное (один сустав). С развитием болезни приступы могут становиться полиартикулярными (захватывать несколько суставов).

3.2. Межприступный период и хроническая тофусная подагра

После стихания острого воспаления наступает ремиссия. Человек может чувствовать себя совершенно здоровым, но это обманчивое благополучие. Кристаллы мочевой кислоты продолжают накапливаться.

При многолетнем течении нелеченой или плохо контролируемой подагры развивается хроническая тофусная форма:

Тофусы: Это безболезненные, плотные подкожные узелки желтовато-белого цвета. Они состоят из спрессованных кристаллов мочевой кислоты, окруженных соединительной тканью. Типичные места: мочки ушей, над суставами пальцев, кистей, стоп, на локтях, ахилловых сухожилиях.

Хронический артрит: Боль в суставах становится постоянной, ноющей. Полного исчезновения симптомов между приступами уже не происходит. Развивается тугоподвижность, деформация суставов.

Поражение почек (подагрическая нефропатия): Проявляется повышенным давлением, появлением белка в моче, симптомами мочекаменной болезни (почечные колики), вплоть до развития хронической почечной недостаточности.

3.3. Дифференциальная диагностика: с чем можно спутать подагру?

Это самая важная часть для понимания. Самодиагностика опасна. Вот основные «двойники»:

Септический (инфекционный) артрит: Самая опасная ошибка! При инфекции сустав также красный, горячий и болезненный. Ключевые отличия: Высокая температура (часто выше 39°C), выраженная интоксикация (сильная слабость, потливость), в анализе крови – очень высокий уровень лейкоцитов и СОЭ. Диагноз требует срочного пунктирования сустава для анализа синовиальной жидкости и исключения бактерий.

Псевдоподагра (хондрокальциноз): Клиническая картина очень похожа, но причиной являются кристаллы пирофосфата кальция. Чаще поражаются коленные, лучезапястные суставы. Точно отличить можно только при микроскопии синовиальной жидкости или на рентгене (видны отложения кальция в хряще).

Ревматоидный артрит (РА): При РА воспаление носит симметричный характер (оба лучезапястных сустава, обе кисти), боль и скованность максимальны утром и уменьшаются к вечеру. При подагре поражение часто асимметрично, а пик боли – ночью/утром с последующим постепенным стиханием.

Остеоартроз (артроз) с воспалением: Может давать эпизоды боли и отека, но обычно менее выраженные, развиваются постепенно и связаны с нагрузкой. Нет такой яркой гиперемии (красноты).

Травма: Важно выяснить связь с ушибом, вывихом. При подагре травма может быть лишь провоцирующим фактором.

3.4. Современные методы диагностики: от осмотра до лаборатории

Для постановки точного диагноза «подагра» одного описания симптомов недостаточно. Необходим комплексный подход.

1. Лабораторная диагностика:

Биохимический анализ крови: определение уровня мочевой кислоты (МК). Внимание: Во время острого приступа уровень МК в крови может быть нормальным или даже сниженным! Это происходит из-за того, что кристаллы массово уходят из крови в воспаленный сустав. Поэтому анализ информативен через 2-4 недели после приступа для оценки фонового уровня. Целевой уровень для лечения – ниже 360 мкмоль/л (при тофусах – ниже 300).

Общий анализ крови: В период приступа выявляет признаки воспаления – повышенное СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз.

Исследование синовиальной жидкости – «золотой стандарт» диагностики. Врач делает пункцию (прокол) сустава и забирает жидкость. При микроскопии под поляризационным микроскопом видны игольчатые кристаллы моноурата натрия, обладающие отрицательным двойным лучепреломлением. Этот метод дает 100% точность.

Анализ мочи (суточный): Назначается реже, для определения типа нарушения обмена (с преобладанием выведения или синтеза МК).

2. Инструментальная диагностика:

УЗИ суставов: Современный и информативный метод. Позволяет увидеть характерный симптом «двойного контура» – отложение кристаллов МК на поверхности суставного хряща, а также тофусы, еще не видимые глазу. Особенно эффективно для диагностики на ранних стадиях.

Рентгенография: На ранних стадиях изменений нет. При хронической тофусной подагре появляются специфические признаки: «пробойники» – краевые эрозии костей с нависающими краями, отдаленные от суставной щели. Помогает оценить степень повреждения суставов.

КТ (компьютерная томография) с двухэнергетическим режимом: Самый высокотехнологичный метод, позволяющий визуализировать отложения уратов и точно измерить их объем. Чаще используется в сложных диагностических случаях.

Ключевые критерии диагностики (ACR/EULAR, 2015)

Врачи используют систему баллов для постановки диагноза. Она учитывает:

Клинические признаки (локализация сустава, характер воспаления).

Лабораторные данные (уровень МК в крови, наличие кристаллов в синовиальной жидкости).

Данные инструментальных исследований (УЗИ, КТ).

Когда следует немедленно обратиться к врачу (ревматологу или терапевту)?

При первом эпизоде внезапной сильной боли и отека в суставе.

Если боль в суставе сопровождается лихорадкой.

Если, несмотря на домашние меры, боль не стихает в течение 1-2 дней.

Вывод: Подагра имеет четкие диагностические критерии. Современные методы позволяют не только поставить точный диагноз, но и отличить ее от других болезней. Помните: правильная диагностика – это первый и самый важный шаг к эффективному лечению и предотвращению необратимых повреждений суставов и почек. В следующей главе мы подробно разберем, какие именно угрозы таит в себе неконтролируемая подагра.

Глава 4. Чем опасна неконтролируемая подагра: тофусы, поражение почек, суставные деформации

Если подагру воспринимать лишь как эпизодическую боль в суставе, которую нужно просто переждать, совершается роковая ошибка. Неконтролируемая гиперурикемия – это системная бомба замедленного действия. Ее последствия выходят далеко за пределы сустава, пережившего первую атаку. Эта глава – честный разговор о реальных рисках, которые возникают, когда болезнь пускают на самотек.

4.1. От периодических атак к хроническому артриту и тофусам

Эволюция болезни без лечения выглядит так:

Редкие приступы (1-2 раза в год) с полным восстановлением.

Учащение приступов (до нескольких раз в год), сокращение периодов «затишья».

Хронический подагрический артрит: Боль и дискомфорт в суставах становятся постоянными. Острые «пики» воспаления накладываются на фоновую ноющую боль. Суставы теряют подвижность.

Образование тофусов – визитная карточка запущенной подагры.

Что такое тофусы? Это безболезненные, плотные подкожные узелки, состоящие из спрессованных кристаллов моноурата натрия, окруженных воспалительной тканью. Они являются материальным доказательством долгих лет повышенного уровня мочевой кислоты.

Локализация: Мочки ушей, область пальцев кистей и стоп, локти, колени, ахилловы сухожилия.

Опасность тофусов:

Механическое разрушение: Растущий тофус подобно инородному телу разрушает хрящ, подлежащую кость, сухожилия. Это приводит к необратимым деформациям суставов, хроническим бурситам и тендинитам.

Косметический дефект и снижение качества жизни: Тофусы могут изъязвляться, из них выделяется белая пастообразная масса (кристаллы). Это создает риск инфицирования, вызывает социальный и психологический дискомфорт, ограничивает возможность носить обычную обувь и перчатки.

Маркер тяжести болезни: Наличие тофусов говорит о большом общем запасе мочевой кислоты в организме и требует более агрессивной терапии (целевой уровень МК <300 мкмоль/л).

4.2. Поражение почек – тихая и самая грозная угроза

Почки – главный орган-мишень при подагре, наряду с суставами. Кристаллы мочевой кислоты откладываются в почечной ткани и мочевыводящих путях, что ведет к двум основным осложнениям:

1. Мочекаменная болезнь (уролитиаз):

Кристаллы уратов формируют камни в почках и мочевыводящих путях.

Симптомы: Приступы мучительной почечной колики (острая боль в пояснице, отдающая в пах), кровь в моче, нарушение мочеиспускания.

Риск: Камни могут вызывать обструкцию (закупорку) мочеточника, приводя к гидронефрозу и острой почечной недостаточности – состоянию, опасному для жизни.

2. Подагрическая (уратная) нефропатия:

Это хроническое поражение почечной ткани, которое развивается исподволь, годами оставаясь незамеченным.

Механизм: Кристаллы откладываются в почечных канальцах и интерстициальной ткани, вызывая хроническое воспаление, склероз (рубцевание) и снижение функции почек.

Последствие – хроническая болезнь почек (ХБП): Почки постепенно теряют способность фильтровать кровь и выводить токсины. ХБП – необратимое прогрессирующее состояние, которое на терминальной стадии требует диализа или трансплантации почки.

Коварство: Симптомы (отеки, повышение давления, слабость) появляются лишь на поздних стадиях, когда большая часть функции почек уже утеряна.

Порочный круг «подагра-почки»: Поражение почек снижает выведение мочевой кислоты → уровень МК растет → подагра прогрессирует → повреждение почек усугубляется. Разорвать этот круг можно только системным лечением.

4.3. Суставные деформации и потеря функции

Хроническое воспаление и механическое давление тофусов приводят к необратимым изменениям в опорно-двигательном аппарате:

Деструкция кости и хряща: На рентгене появляются специфические эрозии с «нависающими краями» («симптом пробойника»).

Вторичный остеоартроз: Разрушенный хрящ приводит к развитию деформирующего артроза, что усиливает боль и тугоподвижность.

Контрактуры и анкилозы: Сустав теряет подвижность из-за рубцевания тканей, а в тяжелых случаях происходит сращение суставных поверхностей (анкилоз).

Инвалидизация: Поражение суставов ног делает ходьбу мучительной, кистей – лишает возможности выполнять простые бытовые действия (застегнуть пуговицу, держать ложку).

4.4. Системные риски: подагра как часть метаболического синдрома

Подагра редко ходит одна. Она тесно связана с группой опасных состояний, взаимно усугубляющих друг друга:

Сердечно-сосудистые заболевания: Гиперурикемия является независимым фактором риска развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инфарктов и инсультов. Хроническое воспаление при подагре повреждает сосудистую стенку.

Сахарный диабет 2-го типа и ожирение: Инсулинорезистентность и подагра идут рука об руку, образуя порочный метаболический круг.

Повышенный риск смерти: Исследования показывают, что неконтролируемая тяжелая подагра ассоциирована с повышенной общей смертностью, в первую очередь, из-за сердечно-сосудистых и почечных осложнений.

Итог: почему нельзя игнорировать подагру?

Без адекватного лечения подагра эволюционирует от эпизодических болезненных атак к тяжелому хроническому мультисистемному заболеванию, которое:

Уничтожает суставы, приводя к деформациям и инвалидности.

Молча разрушает почки, вплоть до необходимости диализа.

Увеличивает риск инфаркта, инсульта и смерти.

Существенно снижает качество жизни, вызывая постоянную боль и ограничивая возможности человека.

Важнейший вывод: Эти грозные осложнения предотвратимы. Современная медицина обладает всеми средствами для эффективного контроля уровня мочевой кислоты. Цель лечения – не просто снять боль во время приступа, а предотвратить прогрессирование болезни, растворить имеющиеся кристаллы (включая тофусы) и защитить суставы и почки от необратимого повреждения.

Следующая часть книги посвящена тому, как именно строится эта современная стратегия контроля над подагрой.

Глава 5. Медикаментозная терапия: базовые препараты и средства для купирования приступа (краткий обзор, важность согласования с врачом)

Глава 5. Медикаментозная терапия: базовые препараты и средства для купирования приступа

(Краткий обзор, важность согласования с врачом)

Медикаментозная терапия – это фундамент контроля над подагрой. Она решает две принципиально разные задачи: экстренное облегчение страданий во время атаки и долгосрочное снижение уровня мочевой кислоты для предотвращения новых приступов и осложнений. Важно: информация в этой главе носит ознакомительный характер и не может быть руководством к самолечению. Назначение, выбор препарата и его дозировки – исключительная компетенция врача (ревматолога или терапевта).

5.1. Терапия острого подагрического приступа: быстрое купирование воспаления

Цель – как можно быстрее снять боль, отек и воспаление. Лечение наиболее эффективно, если начато в первые 12-24 часа от начала приступа.

Основные группы препаратов:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):

Как работают: Блокируют ферменты (ЦОГ), ответственные за синтез медиаторов воспаления и боли.

Примеры: Напроксен, диклофенак, ибупрофен, эторикоксиб (Аркоксия), нимесулид (Найз).

Важно: Назначаются в высоких «противовоспалительных» дозах на короткий курс (5-7 дней). Требуют осторожности при проблемах с желудком (гастрит, язва), почками и сердцем. Часто назначаются вместе с ингибиторами протонной помпы (омепразол) для защиты желудка.

2. Колхицин:

Как работает: Уникальный препарат, специфичный именно для подагры. Не является обезболивающим. Блокирует движение иммунных клеток (нейтрофилов) к очагу воспаления, прерывая каскад реакций, вызванных кристаллами.

Особенность приема: Эффективен только в первые 24-36 часов приступа. Применяется по специальной схеме (например, 1 мг сразу, затем 0.5 мг через час – всего не более 1.5 мг в первые сутки). Нельзя превышать дозу! Часто вызывает побочные эффекты со стороны ЖКТ (диарея, тошнота), особенно при передозировке.

3. Глюкокортикостероиды (ГКС, «гормоны»):

Как работают: Оказывают мощное системное противовоспалительное действие.

Когда применяются: При невозможности использовать НПВП или колхицин (из-за противопоказаний, почечной недостаточности), при полиартикулярном поражении.

Формы: Могут назначаться в виде короткого курса таблеток (преднизолон) или однократной внутримышечной/внутрисуставной инъекции. Внутрисуставное введение (только врачом!) особенно эффективно при моноартрите.

Чего НЕЛЬЗЯ делать во время приступа:

Начинать или менять дозу препаратов для снижения мочевой кислоты (аллопуринол, фебуксостат). Это может спровоцировать ухудшение и продлить атаку. Их прием либо продолжают в прежней дозе (если пациент уже их пил), либо начинают только после полного купирования воспаления (через 1-2 недели).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.