18+

Подагра. Симптомы, диагностика и лечение

Доктор Лайтман



Доктор Лайтман

Подагра. Симптомы, диагностика и лечение

«Издательские решения»

Лайтман Д.

Подагра. Симптомы, диагностика и лечение / Д. Лайтман — «Издательские решения»,

Подагра — заболевание, связанное с нарушением обмена мочевой кислоты, которое может вызывать сильную боль, отёки и воспаление суставов. Почему возникают приступы и как предотвратить их повторение?В книге вы узнаете о причинах и симптомах подагры, современных методах диагностики и лечения, необходимых анализах, лекарственных препаратах и возможных осложнениях. Разберётесь, как контролировать уровень мочевой кислоты и снизить риск новых приступов.

© Лайтман Д.
© Издательские решения

Содержание

Предисловие: Почему мои суставы «горят»? 6
Глава 1. Мочевая кислота и кристаллы: как возникает подагра 8
Глава 2. Кто «провоцирует» подагру? 10
Конец ознакомительного фрагмента. 12

Подагра. Симптомы, диагностика и лечение

Доктор Лайтман

© Доктор Лайтман, 2026

ISBN 978-5-0071-6045-2
Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Имеются противопоказания. Перед применением требуется консультация специалиста (врача).

Предисловие: Почему мои суставы «горят»?

Боль при подагре часто описывают как «раскалённые иглы» внутри сустава. Это не просто метафора: кристаллы уратов действительно имеют игольчатую форму и при попадании в суставную полость вызывают острейшее воспаление. Но за этой болью стоит не только «неправильное питание», как до сих пор думают многие. Подагра — это генетически обусловленное состояние, при котором почки недостаточно эффективно выводят мочевую кислоту, и она кристаллизуется в тканях. Понимание этого факта — первый шаг к тому, чтобы перестать винить себя и начать управлять болезнью.

Чем эта книга поможет вам

Эта книга — не сборник «народных рецептов» и не обещание «вылечить подагру навсегда». Её задача скромнее, но практичнее: дать вам точную картину того, что происходит в организме, и инструменты, которые действительно работают.

Вы узнаете, как отличить мифы от фактов, какие анализы имеют смысл (и почему уровень мочевой кислоты во время приступа может быть обманчиво нормальным), как действовать в момент атаки и — главное — как выстроить долгосрочную стратегию, чтобы приступы случались реже или исчезли совсем. Мы разберём, зачем нужны уратснижающие препараты, почему их нельзя бросать при улучшении и какую роль в этом играет диета (спойлер: меньшую, чем принято думать, но всё же важную).

Самые распространённые мифы и правда о подагре

Миф 1: «Подагра — болезнь обжор и пьяниц, человек сам виноват»

Это самый вредный и стигматизирующий миф. Подагра — наследственное заболевание, связанное с нарушением работы почек и транспортеров мочевой кислоты. До 96% людей неверно называют факторы риска, а 66% пациентов испытывают стыд из-за диагноза. Диета и алкоголь могут провоцировать приступы, но они не являются первопричиной. Вы не «заслужили» подагру — у вас есть генетическая предрасположенность, с которой можно и нужно работать.

Миф 2: «Достаточно просто сесть на диету — и таблетки не нужны»

Правда в том, что диета способна снизить уровень мочевой кислоты максимум на 1,0 мг/дл (около 60 мкмоль/л). Для большинства пациентов целевой уровень составляет менее 6,0 мг/дл (360 мкмоль/л), а при наличии тофусов — менее 5,0 мг/дл (300 мкмоль/л). Без медикаментозной уратснижающей терапии достичь этих цифр и удержать их почти невозможно. Диета — важная поддержка, но не замена лечению.

Миф 3: «Если приступы прошли — таблетки можно отменить»

Это опасное заблуждение, которого придерживаются 63% пациентов. Уратснижающие препараты (аллопуринол, фебуксостат) работают не как обезболивающие «по требованию». Они растворяют уже имеющиеся кристаллы и предотвращают образование новых. Если прекратить приём, уровень мочевой кислоты снова вырастет, и приступы вернутся. Подагра — хроническое состояние, требующее постоянного контроля, как гипертония или диабет.

Миф 4: «Подагра бывает только в большом пальце ноги»

Хотя первый приступ действительно в половине случаев поражает первый плюснефаланговый сустав, подагра может атаковать голеностоп, колено, мелкие суставы кистей, локти и даже позвоночник. У женщин после менопаузы подагра чаще затрагивает суставы, отличные от большого пальца, что нередко ведёт к ошибочной диагностике.

Миф 5: «Вишнёвый сок (или сода) заменяет лекарства»

Вишня обладает противовоспалительными свойствами и может умеренно снижать мочевую кислоту, но она не способна «вылечить» подагру или заменить препараты. Более того, вишнёвый сок с добавленным кукурузным сиропом (фруктозой) может спровоцировать приступ. Сода (бикарбонат натрия) в дозах, содержащихся в питьевой воде, также не оказывает значимого влияния на уровень уратов. Единственный надёжный способ снизить мочевую кислоту до цели — лекарства, назначенные врачом.

Миф 6: «Во время приступа уровень мочевой кислоты всегда повышен — значит, если анализ нормальный, это не подагра»

Во время острого приступа примерно у трети пациентов уровень мочевой кислоты в крови оказывается нормальным или даже пониженным. Это связано с тем, что ураты активно откладываются в тканях, а почки временно увеличивают их выведение. Поэтому анализ крови во время приступа не всегда информативен; более надёжно проверять уровень через 2—3 недели после стихания атаки.

Понимание этих фактов меняет отношение к болезни: вы перестаёте бороться с «последствиями образа жизни» и начинаете управлять конкретным метаболическим нарушением, для которого существуют эффективные и безопасные инструменты.

Глава 1. Мочевая кислота и кристаллы: как возникает подагра

Что такое мочевая кислота? Как организм её производит и выводит

Мочевая кислота — это конечный продукт обмена пуринов, «строительных блоков» ДНК и РНК, которые поступают в организм с пищей и образуются внутри клеток. У большинства млекопитающих есть фермент уриказа, который превращает мочевую кислоту в хорошо растворимый аллантоин. Но в ходе эволюции приматов ген, кодирующий уриказу, был инактивирован, поэтому у человека мочевая кислота не расщепляется дальше, а должна выводиться в неизменном виде. Это эволюционное «наследие» и делает нас уязвимыми: то, что у других животных легко растворяется и выводится, у нас склонно кристаллизоваться.

Производство мочевой кислоты происходит в основном в печени при участии фермента ксантиноксидазы, который превращает гипоксантин в ксантин, а затем в мочевую кислоту. Выведение же ложится на плечи двух систем. Почки выводят примерно 70% суточной продукции: мочевая кислота свободно фильтруется в клубочках, но затем почти полностью реабсорбируется, так что в итоге с мочой уходит лишь около 10% от профильтрованного количества. Оставшаяся треть выводится через кишечник. За этот тонкий баланс отвечают специальные белки-транспортёры (URAT1, GLUT9, ABCG2), и именно их наследственные особенности во многом определяют, будет ли у человека склонность к накоплению мочевой кислоты.

Почему мочевая кислота превращается в «иглы» в суставах (механизм отложения кристаллов)

Ключевое понятие здесь — перенасыщение. Мочевая кислота в крови находится в растворённом состоянии до определённого порога. Когда концентрация превышает точку насыщения (примерно 360—420 мкмоль/л в зависимости от условий), раствор становится нестабильным, и из него начинают выпадать кристаллы моноурата натрия. Эти кристаллы имеют игольчатую форму — именно они воспринимаются как «раскалённые иглы» в суставе.

Но одного перенасыщения недостаточно. На кристаллизацию влияют и локальные факторы. Температура играет важную роль: в периферических суставах (особенно в большом пальце стопы) температура ниже, а растворимость уратов при охлаждении падает, поэтому кристаллы образуются там охотнее. pH также имеет значение: при закислении среды (например, после интенсивной нагрузки с накоплением лактата или при употреблении большого количества мяса) растворимость уратов снижается. Наконец, имеют значение и структурные особенности самой ткани: повреждённый хрящ или изменённые компоненты соединительной ткани могут служить «затравкой» для роста кристаллов.

Когда кристаллы уже образовались и попали в суставную полость, они запускают мощный воспалительный ответ. Иммунная система распознаёт их как «чужеродный объект» и активирует инфламмасому NLRP3, что ведёт к выбросу интерлейкина-1β — главного медиатора острого подагрического приступа. Именно этот каскад и вызывает ту самую боль, покраснение, жар и отёк, которые мы называем подагрической атакой.

Гиперурикемия и подагра: всегда ли высокий показатель означает боль?

Короткий ответ: нет. Гиперурикемия (повышенный уровень мочевой кислоты в крови) — это биохимический факт, а подагра — клинический диагноз, который ставится, когда кри-

сталлы уже отложились в тканях и вызвали воспаление. Между этими двумя состояниями может пройти много лет, а у части людей подагра не разовьётся никогда.

Многие люди с гиперурикемией не испытывают никаких симптомов — это называется бессимптомной гиперурикемией. Исследования показывают, что это состояние встречается часто и само по себе ассоциировано с повышенным риском сопутствующих проблем: у пациентов с бессимптомной гиперурикемией достоверно чаще выявляются артериальная гипертензия, дислипидемия и другие кардиометаболические нарушения. Более того, даже без приступов подагры высокий уровень мочевой кислоты может оказывать повреждающее действие на органы-мишени, что обосновывает важность наблюдения, а в некоторых случаях — и более активной тактики.

Однако важно понимать: наличие кристаллов ещё не гарантирует немедленную боль. Кристаллы могут годами «дремать» в тканях, не вызывая воспаления, пока какой-то триггер (травма, инфекция, резкое изменение уровня мочевой кислоты, алкогольный эксцесс) не запустит приступ. Именно поэтому вопрос «когда начинать лечение» решается врачом индивидуально: при наличии частых приступов, тофусов или поражения почек тактика одна, при бессимптомной гиперурикемии без факторов риска — другая. Но сам факт повышенного показателя — это сигнал, который заслуживает внимания, а не паники.

Глава 2. Кто «провоцирует» подагру?

Подагра не возникает в вакууме. Это результат наложения нескольких слоёв причин: одних вы не можете изменить, другие — в ваших руках, а третьи требуют внимания врача. Понимание этой иерархии помогает перестать винить себя за «неправильный образ жизни» и сосредоточиться на том, что действительно поддаётся контролю.

Неизменяемые факторы: наследственность, пол, возраст

Наследственность — один из самых мощных факторов. Подагра имеет выраженную семейную предрасположенность: если у близкого родственника есть подагра, ваш риск значительно возрастает. Современные исследования подтверждают, что это полигенное заболевание, связанное с вариантами генов, кодирующих ферменты пуринового обмена и транспортёры мочевой кислоты в почках и кишечнике. Иными словами, склонность к накоплению уратов часто передаётся по наследству — это не «слабость характера», а биологическая особенность.

Пол играет драматическую роль. Мужчины заболевают подагрой в 6—21 раз чаще женщин в зависимости от популяции. Причина — защитное действие эстрогенов, которые усиливают выведение мочевой кислоты почками. До менопаузы женщины относительно защищены; после менопаузы риск резко возрастает и сравнивается с мужским. У мужчин же риск остаётся высоким на протяжении всей жизни.

Возраст связан с пиком заболеваемости. У мужчин наиболее частый возраст дебюта — 35—69 лет, у женщин — после 50—74 лет. Однако важно отметить тревожную тенденцию: подагра «молодеет». Всё больше случаев регистрируется у людей до 40 лет, а начало болезни в возрасте до 30 лет часто ассоциируется с более тяжёлым течением. Это связывают с распространением западного образа питания и ожирения среди молодых.

Изменяемые факторы риска: ожирение, алкоголь, фруктоза, лекарства

Ожирение — ключевой модифицируемый фактор. Избыточная масса тела и метаболический синдром напрямую повышают риск подагры. Жировая ткань не просто «склад»; она активно участвует в метаболизме и способствует повышению уровня мочевой кислоты. Снижение веса — один из наиболее эффективных немедикаментозных способов снизить ураты.

Алкоголь, и особенно пиво, заслуживает отдельного упоминания. Пиво (включая безалкогольное) и крепкие спиртные напитки повышают риск подагры. Пиво содержит не только алкоголь, но и пурины (гуанозин), что делает его особенно «провоспалительным» напитком для предрасположенных людей. Алкоголь также снижает выведение мочевой кислоты почками и может провоцировать обезвоживание.

Сладкие напитки с фруктозой (особенно с высокофруктозным кукурузным сиропом) — недооценённый, но важный фактор. Фруктоза метаболизируется в печени с образованием АТФ, распад которого ведёт к усиленному производству мочевой кислоты. Регулярное употребление сладких газировок и соков с добавленным сахаром повышает риск приступов.

Лекарства могут быть невольными провокаторами. Тиазидные и петлевые диуретики (часто назначаемые при гипертонии) снижают выведение мочевой кислоты почками и повышают её уровень в крови. Низкие дозы аспирина (кардиопротективные) также могут задерживать ураты, хотя эффект менее выражен. Другие препараты, такие как циклоспорин, пира-

зинамид и этамбутол, также фигурируют в списке. Если вы принимаете эти лекарства, не прекращайте их самостоятельно — обсудите с врачом возможность альтернативы, если это необходимо.

Влияние сопутствующих заболеваний: гипертония, болезни почек, метаболический синдром

Сопутствующие заболевания не просто «соседствуют» с подагрой — они связаны с ней двунаправленными отношениями.

Болезни почек — один из самых прямых факторов риска. Поскольку почки выводят около 70% мочевой кислоты, любое нарушение их функции ведёт к накоплению уратов. Хроническая болезнь почек и подагра часто идут рука об руку, и каждое состояние усугубляет другое.

Гипертония тесно связана с подагрой, причём связь работает в обе стороны. Высокое давление повышает риск подагры, а подагра, в свою очередь, ассоциирована с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. Кроме того, некоторые антигипертензивные препараты (диуретики) сами повышают уровень мочевой кислоты, создавая терапевтическую дилемму.

Метаболический синдром — кластер состояний, включающий абдоминальное ожирение, повышенное давление, нарушение гликемии и дислипидемию — является мощным фактором риска подагры. Это не совпадение: инсулинорезистентность, лежащая в основе метаболического синдрома, снижает почечное выведение мочевой кислоты. Таким образом, борьба с метаболическим синдромом (снижение веса, физическая активность, коррекция питания) одновременно снижает и риск подагры.

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.