

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Ішкі аурулар

Тақырыбы: Қарт жастағылардағы подагра ауруы

Қабылдаған: Жумабекова С.Т.

Орындаған: Сулейман А.М.

Факультет: Общая медицина

Курс: 5

Тобы: 47-2

Алматы, 2016

Жоспар:

Кіріспе

Негізгі

1. Подагра ауруы түсінігі
2. Этиологиясы, патогенезі
3. Қарттардағы ерекшеліктері
4. Диагностика
5. Емі

Қорытынды

Подагра ауруы (“аяқ қақпаны”)

- организмде зат алмасу процесінің бұзылуынан қанда несеп қышқылының артуы мен оның тұздарының буындарда, дене мүшелерінің басқа тіндерінде жиналуынан пайда болатын созылмалы ауру.



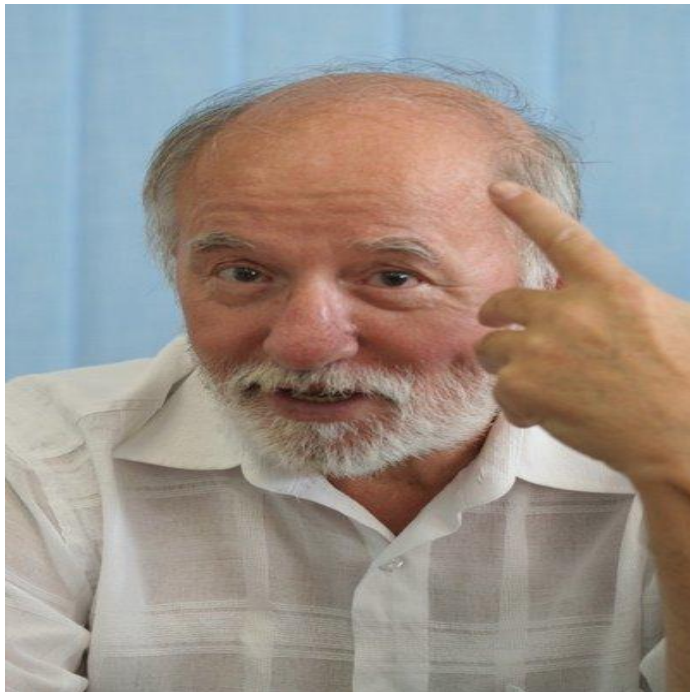
Подагра ауруы (“аяқ қақпаны”)

- Дерт дамуының басты механизмі — зәр қышқылы метаболизмінің бұзылысынан болатын гиперурикемия.
- Зәр қышқылы — эндогенді және экзогенді (тағаммен түскен) пуриндер алмасуынан түзілетін қалдық зат, ол қан құрамында натрий ураты түрінде жүріп, бүйрек арқылы бөлінеді. Организмде зәр қышқылының жалпы мөлшері 1000 мг жуық, оның 650 мг үнемі жаңарып отырады (бүйректен бөлініп және синтезделіп). Натрий уратының қандағы қалыпты деңгейі ер кісілерде — 0,3-0,42 ммоль/л, әйелдерде — 0,24-0,36 ммоль/л. Зәр қышқылының бұдан биік деңгейі (гиперурикемия) подаграның дамуына әкеліп соқтырады. Подаграның дамуында гиперурикемиямен қатар, зәр қышқылының бүйректен бөліну клиренсі және экскрециясының мөлшері маңызды. Қалыптыда зәр қышқылының клиренсі 6-7 мл/мин., тәуліктік уратурия 1,8-3,6 ммоль (300-600 мг) шамасында.

Әлемдегі барлық ересек тұрғындардың 0,01-0,37% подаграмен аурады.

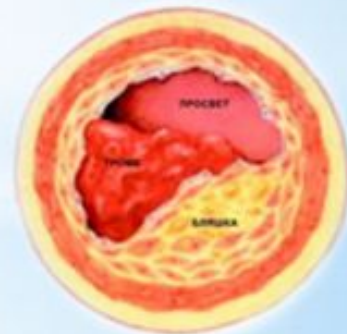
Ерлерде әйелдерге қарағанда
жиірек (45-75 жас)

Әсіресе аурудың шыңы 75 жаста
кездеседі



Әйелдерде менопаузадан
кейін кездеседі (ерлерге
қарағанда азырақ)

Гиперурикемия



ЭТИОЛОГИЯ

Біріншілік

(идиопатиялық) гендер ақаулығы

1. Метаболизмдік –зәр қышқылы синтезінің шамадан тыс артуы;

Екіншілік

(гиперурикемияға алып келетін басқа аурулар –

1. бүйректік — зәр қышқылы экскрециясының төмендеуі;
2. пуриндердің тағаммен көп мөлшерде түсуі;
3. аралас себептерден (зәр қышқылы синтезінің артуы, экскрециясының төмендеуі, пуриндерге бай тағамдарды тұтыну);

Патогенезі

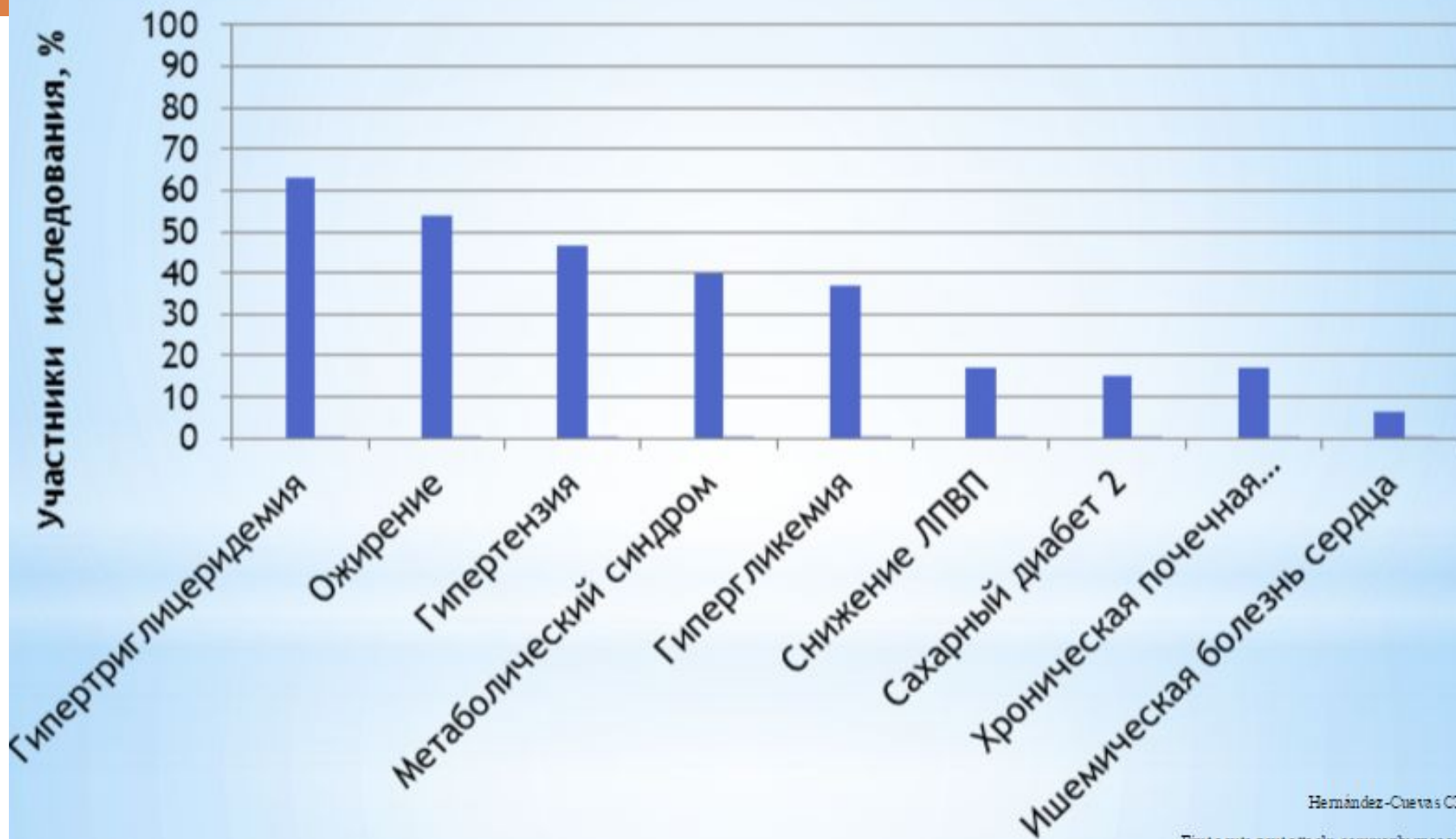


Қарттардағы аурудың жиілеу себебі

- Қарттардың саны көбеюі;
- Дуретиктермен емдеудің артуы;
- Ацетилсалицил қышқылының аз дозасымен емдеу;
- Жануар тағамдарын көп пайдалану;
- Органдар трансплантациясы;
- Терминалды бүйрек ауруларының артуы;
- Созылмалы аурулар есебінен (коморбидность)



Патологические состояния, имеющиеся у страдающих подагрой спустя 13, 7 лет после первой подагрической атаки



Hernández-Cuevas CB,

First acute gout attacks commonly precede

features of the metabolic syndrome. J Clin Rheumatol. 2009; 15(2):65-67

Фармакологические препараты, влияющие на уровень мочевой кислоты

TABLE 3
Medications Altering Urate Levels

↑ МК	↓ МК
<u>Beta-blockers</u>	<i>Uricosurics</i>
Cyclosporine	Amlodipine
<u>Diuretics</u>	Fenofibrate
Ethambutol	Losartan
Lactate, B-hydroxybutyrate, acetoacetate	Probenecid
Nicotinate	Salicylates (high dose)
Pyrazinamide	<i>Xanthine Oxidase Inhibitors</i>
<u>Salicylates (low dose)</u>	Allopurinol
Tacrolimus	Febuxostat

Adapted from Choi HK, et al. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 499-516

Клиникасы (кәрілік)

1. Симптомсыз кезең (қанда, зәрде несеп қышқылы)
2. Жедел подагралық артрит (бірінші атака – түнде/таңға қарай қатты ауру сезімі, қызару, ісіну, температура)
3. Полиартикулярлы подагра (бірнеше буындар бірден ауырады. Көбінесе: табан, тізе, білезік, қол буындары). Ауру сипаты біртіндеп басталып, күшейеді.
4. Тофустардың кездесу жиілігі жоғары;
5. Суфебрильді температура;
6. Жалпы әлсіздік, тәбет жоғалу, жайсыздық;
7. Біріншілік приступ уақыт қысқа болады;
8. Алғашқы 3 жылда тез рецидив береді және көптеген буындардың бір мезетте зақымы;
9. Қосымша аурулардың болуы (ЖИА, қант диабеті 2 тип, АГ, Жүрек жеткіліксіздігі);

Тофус сипаты

Подагрумен 5 жылдан көп уақыт ауырғанда тофустар пайда болады. Локализациясы:

1. Құлақ
2. Склера
3. Мұрын шеміршегі
4. Білезі
5. Қол, саусақ

Мөлшері мен тереңдігі әртүрлі (асқынған кезде орташа алма мөлшеріне дейін жетеді)

Тереңдігі: теріастылық, сүйек кемігі, висцеральды.

Сипаты:


- Түйіндік
- Қатты консистенциялы (тас тәрізді)
- Беткі бөлігі – дәнді-иректеу
- Ақшыл-сары түсті (беткей орналасқанда)

Подагрический тофус
(подагрический узел)



- отложение кристаллов мочевой кислоты в мягких тканях



- 
- **Дифференциальды диагноз:**
 - Септикалық артритпен;
 - Псевдоподагра
 - Остеоартроз, ревматоидты артрит

Диагностика.

- Принциптері:
- 1) шағымы
- 2) қарап-тексеру
- 3) тофустардан материал алып, құрамын зерттеу (мочевина урат, оксалат -10-12%, кальций фосфаты.)
- ЖҚА (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и увеличение СОЭ)
- БХА (повышенное содержание мочевой кислоты в сыворотке норма: у мужчин 0,24-0,42 ммоль/л, у женщин 0,16-0,36 ммоль/л)
- Рентгенограмма (сүйекте кисть тәрізді түзіліс буында, буынмаңында, алыс аймаққа да орналасуы мүмкін. “симптом пробойник”. Субхондральды аймақта эрозия 20%. Ең ақпаратты ұзақ уақыттан кейінгі субхондральды аймақтың деструкциясы, оның ішінде эпифиз, жартылай диафиз (буынішілік остеолитиз))

1. Төсектік режим
2. Диета №1
3. Минералды су: миргородская, ессентуки
4. Асқазан қышқылын нейтралдап, абсорбциялайтын, ерімейтін антацид – маолокс (магний+алюминий гидроксид) 15 мл*3 рет тамақ алдында 60 мин бұрын және ұйқы алдында 1 рет 14 күн бойы
5. Қатты ауру сезімінде метацин (0,5 мл 0,1% еріттеріасты) 5 күн (күніне 1 рет)
6. Құсу церукал (10 мг*2 рет)

ЕМ

7. Теміртапшылықты анемия Ферроплекс (2 таб*3 рет)
8. Іш өту (креон 1*3рет)
9. Поливитаминдер (1-2 драже)

Қорытынды

Қарттарда подагра көбіне басқа ауруларға бастама болады, сондықтан подагра атаканың алдын алып, үнемі ремиссия жағдайында науқасты бақылап тұруымыз керек.

Әдебиеттер тізімі

- 1. Синяченко О.В. Современные представления о патогенетическом лечении подагры. Медицина. 2004,10: 183-186
- 2. Насонова В.А., Барскова В. Подагра в конце 20 века. Consilium Medicum.- 2002.-т. 4.- 8.-с.400-402
- 3. Arromdee E, Michet C.J., Crowson C.S. et al. Epidemiology of gout: Is the Incidence Rising? J.Rheumatol. 2002, 29: 2403-2406.
- 4. Базоркина Д.И., Эрдес Ш. Распространенность ревматических болезней в популяции. Научно-практическая ревматология. 2005,6:79-85.