



Подагра — заболевание с тысячелетней историей

Н.В. Жареникова, врач-терапевт высшей категории

Н.В. Лопатинская, врач-нефролог высшей категории

Ю.Е. Тугова, к.м.н., врач-пульмонолог, зав. лечебно-диагностическим отделением

ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами президента Российской Федерации (Россия, 119285, Москва, Мичуринский пр., д. 6)

Рассмотрены основные исторические этапы развития представлений о подагре. Приведены закономерности возникновения и распространения заболевания, примеры совокупности случаев болезни на конкретной территории в определенное время среди определенной группы населения. Представлен также анализ основных этапов лечения подагры.

Ключевые слова: подагра, гиперурикемия, мочевая кислота, тофусы, история подагры.

Подагра в дословном переводе с древнегреческого означает «ножной капкан». Больные описывают свое состояние очень красочно: «Ногу как будто грызет собака». Подагра – метаболическое заболевание, которое характеризуется отложением в различных тканях организма кристаллов уратов в форме моноурата натрия или мочевой кислоты. В основе возникновения лежит накопление мочевой кислоты и уменьшение ее выведения почками, что приводит к повышению концентрации последней в крови (гиперурикемия). Заболевание протекает в виде рецидивирующих острых приступов подагрического артрита, характеризующегося внезапными болями, чаще в области большого пальца стопы, которые быстро нарастают и сопровождаются припухлостью и покраснением сустава. Приступ может быть спровоцирован травмой, переохлаждением, приемом алкоголя или пищи, богатой пуриновыми основаниями, и длиться от нескольких часов до нескольких дней. После приступа все болезненные явления исчезают, функция сустава восстанавливается. С каждой новой атакой продолжительность и интенсивность приступа нарастает. В большинстве случаев подагра со временем переходит в хроническую форму, проявляющуюся деформацией сустава ног за счет узелковых отложений, костных разрастаний, подвывиха пальцев.

ИСТОРИЯ ПОДАГРЫ

История подагры достойна отдельной монографии. Это одно из самых древних заболеваний, известных человечеству. Даже в больших пальцах стоп мумий египетских фараонов при исследовании были обнаружены кристаллы мочевой кислоты. Первое упоминание о подагре принадлежит Гиппократу. Более 2400 лет назад Гиппократ описал признаки подагры, выявил взаимосвязь между привычкой «чрезмерно есть» и усилением сезонных приступов, уста-

новил влияние наследственности на развитие этого недуга. Проследившись и связь с состоянием эндокринной системы: «Евнух никогда не болеет подагрой и никогда не лысеет. У мужчины не бывает подагры до половой зрелости. У женщин не бывает подагры до менопаузы».

VI веком до н. э. датируется и описание первого известного пациента с подагрой. Им был тиран Сиракуз Гиерон. Далее подагра становится известной в преуспевающих городах древности (Афинах, Александрии, Риме, Константинополе). И еще несколько позже стала часто выявляться в Англии и Голландии. Известными пациентами были Карл V, Генрих VIII и Микеланджело. Подагра преследовала род Медичи и герцогов Лотарингских. Вот почему второе название подагры – «королевская болезнь» или «царская болезнь». В поэме Н.А. Некрасова «Кому на Руси жить хорошо» есть удивительные строки «Оставь мне, Господи, болезнь мою почетную. По ней я – дворянин». Всего две строчки, а сколько информации. Во-первых, Некрасов сам страдал подагрой, так как строчки даны от лица автора, а во-вторых, подагра – болезнь дворянская и ее наличие четко указывало на принадлежность больного к определенному сословию. Она мучила как коронованных особ, так и секретарей обкомов, директоров заводов, предпринимателей и олигархов. Не зря еще Гиппократ отмечал, что подагра поражает жизнерадостных, активных, успешных и любящих женщин.

В конце XVII века английский врач-клиницист Томас Сиденгам, более 30 лет страдавший подагрой, классифицировал ее как отдельную болезнь и весьма точно описал клиническую картину острого приступа подагрического артрита в работе «Трактат о подагре». В нем он сравнивал болевой синдром при подагре с болями «от зажима конечности прессом» и описывал ощущения больного, сравнимые с тем, как «в

палец впились клыками огромная собака». В 1679 году голландский ученый Антони ван Левенгук впервые описал микроскопическое строение кристаллов мочевой кислоты.

В 1899 году было обнаружено наличие кристаллов уратов в суставной жидкости во время приступа подагрического артрита. В 1961 году Даниэль Маккарти и Джозеф Холландер выявили роль кристаллов уратов в возникновении и развитии подагрического воспаления.

В XX веке проблемой подагры занимались крупные специалисты по болезням обмена веществ: Бушар, Гудцент, Минковский, Лихтвиц, Ноорден и др.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Гиперурикемия выявляется у 4–12% населения, подагрой страдает 0,1% населения России. В США и Европе подагрой болеют 2% жителей, среди мужчин в возрасте 55–65 лет подагрой болеют 4–6%. Соотношение мужчин и женщин составляет от 2:1 до 7:1. Пик заболеваемости приходится на 40–50 лет у мужчин, 60 лет и старше у женщин. До менопаузы женщины заболевают редко, вероятно за счет воздействия эстрогенов на экскрецию мочевой кислоты. Для распространения подагры имеют значение национальные и социальные особенности. Так, например, наиболее часто описывается (и более распространена) подагра у англосакских народностей (Англия, США). По мнению многих авторов, большое значение в возникновении подагры имеет избыточное питание, особенно чрезмерное потребление мяса и алкогольных напитков. Например, индусы-вегетарианцы не болеют подагрой, в то время как персы, проживающие в приблизительно аналогичных климатических условиях, но употребляющие в пищу мясо, ею болеют.

Причиной подагры является повышенный и устойчивый уровень мочевой кислоты в крови. Происходит отложе-



ние кристаллов урата (производное мочевой кислоты) в суставах, органах и других системах организма, приводящие в результате к частичному или полному разрушению сустава. Большое количество мочевой кислоты в организме может быть по двум причинам: первая причина – это когда здоровые почки не справляются с выводом необычно большого количества мочевой кислоты, вторая причина – это когда мочевая кислота выбрасывается в нормальных количествах, но почки оказываются не в силах ее выводить.

С каждым годом больных подагрой становится все больше. Врачи объясняют это явление тем, что в последние годы люди чаще употребляют пищу, богатую пуринами (например, мясо, жирную рыбу), и огромное количество алкогольной продукции. Это подтверждается тем, что во время войн процент людей, больных подагрой, резко сокращался из-за того, что мясные продукты, а тем более алкоголь, тогда редко появлялись на столе.

ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ

Длительный прием препаратов, нормализующих уровень мочевой кислоты в крови, – основной принцип лечения подагры, так как отмена препаратов приводит к возобновлению приступов заболевания. Существует два направления лечения подагры: купирование острого приступа и постоянное противоподагрическое лечение. Во время острого приступа нужно обеспечить больной ноге (руке) возвышенное положение и полный покой, лечение проводится нестероидными противовоспалительными препаратами, колхицином, глюкокортикоидами; выбор зависит от степени тяжести заболевания, сопутствующей патологии, осложнений хронических заболеваний, аллергии и индивидуальной переносимости препаратов. Нестероидные противовоспалительные препараты – нимесулид, мовалис, бутадйон, индометацин, диклофенак натрия и др. Первые знания о колхицине настолько стары, что уходят своими корнями в древнюю историю и мифологию Греции, Индии и Египта. Колхицин (*Colchicini*) назван в честь земли Колхиды, которая находится в восточной части Черного моря. Древнегреческий врач-натуралист Диоскорид первый дал точное описание, указывающее фазы роста, морфологию и размножение безвременника осеннего и назвал его *Colchicon*. В Египте самым ранним датированным фактом является упоминание безвременника в папирусе Ebers – старейшем медицинском тексте 1550 года до н. э. В Ветеринарных текстах 800 года до

н. э. упоминается *Colchicum luteum*, собиравшийся в Кашмире, в северо-западных предгорьях Гималаев. В изучение и практическое применение колхикума внесли свой вклад такие исторические личности, как Теофраст, Авиценна, Гален. Следующим лекарством, которое еще более 200 лет назад применялось наряду с колхицином, был салицил. Салицилаты, вероятно, использовались в течение многих веков. Еще Гиппократ, Цельс, Гален и многие другие средневековые знатоки трав оставили свидетельства использования коры ивы (*salix* – ива, верба) и других растений, содержащих салицилаты, для лечения лихорадки и уменьшения боли. При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и колхицина или имеющих противопоказания к их назначению применяют гормональные препараты (глюкокортикостероиды) в виде одно- или двукратного внутривенного введения (в зависимости от тяжести процесса и количества пораженных суставов) метилпреднизолона (метипреда). Могут применяться также преднизолон, дексаметазон, преднизон и др. При остром приступе подагрического артрита возможно применение локальной криотерапии (лечение холодом) одновременно с нестероидными противовоспалительными препаратами. Криотерапия позволяет улучшить микроциркуляцию крови в тканях, усилить обменные процессы, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие. Длительное противоподагрическое лечение и поддерживающая терапия в индивидуально подобранной дозировке предотвращает прогрессирование подагры и способствует обратному развитию тофусов (отложений кристаллов мочевой кислоты в тканях в виде плотных узлов). Начинать принимать противоподагрические препараты следует только в межприступный период, если же приступ подагры развился на фоне уже проводимого лечения, то отменять препараты не нужно. При приеме противоподагрических препаратов необходимо употреблять ежедневно не менее 2–2,5 л жидкости. Антиподагрические средства разделяют на три группы: урикодепрессивные (снижают образование мочевой кислоты – аллопуринол, тиапуринол, оротовая кислота); урикозурические (увеличивают выделение мочевой кислоты – салицилаты в больших дозах (аспирин, бутадйон), антуран, бенемид (пробенецид), флексин, атофан и др.); смешанного действия (снижают образование и повышают выделение мочекислых соединений – алломарон).

Выбор лечения зависит от типа подагры. При метаболическом типе пода-

гры (избыточном образовании мочевой кислоты) назначаются урикодепрессивные средства; при почечном типе, когда нарушено выведение мочекислых соединений почками, – урикозурические средства. Нормализация показателей уровня мочевой кислоты в крови достигается после приема лекарства в течение четырех–шести месяцев. Из нетрадиционных методов лечения подагры следует назвать иглорефлексотерапию, фитотерапию, санаторно-курортное лечение. Иглорефлексотерапия при подагре способствует устранению воспалительного процесса в больном суставе, уменьшению боли, нормализации обмена веществ в пораженном суставе. Но применять иглорефлексотерапию можно лишь вне обострения подагры. Санаторно-курортное лечение также проводится только в межприступный период. В санаториях используется лечение минеральными водами и грязелечение. Назначаются радоновые, йодо-бромные и хлоридно-натриевые ванны. Под действием этих процедур улучшается кровоснабжение и питание тканей в суставах, улучшается работа почек, повышается выделение мочевой кислоты, улучшаются движения в суставах. Широко используются души (Шарко, подводный, струевой). Применяют также физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру, массаж. Больным с подагрой показаны такие курорты, как Пятигорск, Тинаки (Астраханская область), Ялта, Одесса, Евпатория, Янган-Тау (Башкирия) и др. Фитотерапия: для лечения подагры используют рябину, бруснику, багульник, зверобой, березу, иву, герань, мяту, полынь, одуванчик, тысячелистник, шиповник, сельдерей. Нельзя употреблять травяные чаи во время лечения колхицином. Однако, говоря о нетрадиционном лечении, также следует упомянуть об употреблении БАДов и пищевых добавок, а именно о биодобавке нектар «Альфа». На протяжении нескольких лет группа российских ученых работала над созданием средства, призванного оказать максимально возможный омолаживающий эффект на человеческий организм посредством активизации процесса замены старых клеток органов и тканей на новые – молодые и здоровые. Исследования включали в себя многочисленные клинические эксперименты по воздействию различных физических факторов (ультразвук, лазерное и ультрафиолетовое излучение и т.д.) на биологические жидкости с целью их активации. Последующие исследования были направлены на изучение результатов воздействия этих жидкостей на живые организмы. Итогом разработок, в частности, явился нектар



«Альфа» себе, не имеющий равных по силе целебного воздействия на организм человека. В ходе экспериментов был подобран оптимальный по составу набор компонентов, оказывающих наиболее благотворное, общеукрепляющее и гармонизирующее действие на организм человека. Основой «Альфы» является смесь ионизированной воды с высоким отрицательным окислительно-восстановительным потенциалом, сока черноплодной рябины, сока черной смородины и меда. В результате естественного процесса активации из них образуется новый продукт, усиливающий действие отдельных компонентов. Все полезные вещества сохраняют и усиливают в нём свою активность. Кроме того, дополнительные лабораторные исследования показали, что смородиновый сок также содержит янтарную кислоту, которая является

мощным антиоксидантом и защищает организм от вредного воздействия окружающей среды. Также были проведены эксперименты на больных подагрой. В 95% случаев после применения нектара «Альфа» содержание молочной кислоты у пациентов приходило в норму. Самое важное, что после курса данной биодобавки повторного курса не требуется. Данный эффект наблюдался и у больных, с превышением уровня молочной кислоты в пять раз выше нормы. После вышеописанных экспериментов медики пришли к выводу: основное свойство данного препарата состоит в том, что при его правильном и систематическом приеме идет разблокировка рецепторов нервных окончаний. Все медиаторы, гормоны и другие активные вещества, вырабатываемые самим организмом, сразу включаются в процессы его жизнедеятельности. Органы и

ткани начинают функционировать в оптимальном режиме, что обуславливает активный процесс обновления и омоложения всего организма.

Одновременно с длительной (пожизненной) терапией подагры указанными средствами больным необходимо снизить массу тела, поддерживать правильный питьевой режим, исключить алкоголь, пищу с высоким содержанием пуринов, а также лекарства, повышающие уровень мочевой кислоты в крови.

Таким образом, следует отметить, что при соблюдении диеты, длительном приеме средств для нормализации уровня мочевой кислоты в крови и своевременном обращении к врачу после проявления первых признаков подагры пациент сможет избавиться от суставных кризов и сохранить высокий уровень физической активности и качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Насонова В.А., Барскова В.Г. Подагра // Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой и Е.Л. Насонова. — М.: Литтерра, 2007. С. 188–200.
2. Bird L. Gouty inflammation crystal clear. *Nature reviews immunology* 2006; № 9 (6). С. 627–688.
3. Дидковский Н.А. и др. Подагра: современный взгляд на этиопатогенез и новые перспективы в лечении // Клиническая геронтология. 2005; № 4. С. 26–29.
4. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. // Научно-практическая ревматология. 2004. № 1. С. 5–7.
5. St. George E. et al. Spinal cord compression: an unusual neurological complication of gout. *Rheumatology (Oxford)* 2001. № 6. Pp. 711–712.
6. Landis R.C., Yagnik D.R. et al. Safe disposal of inflammatory monosodium urate monohydrate crystals by differentiated macrophages. *Arthritis and Rheum.* 2002. № 11. Pp. 3026–3330.
7. Насонова В.А., Барскова В.Г. Подагра в конце XX века // *Consilium medicum*. 2002. № 8. Т. 4.
8. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 2. — М.: Медицинская литература, 2003. 608 с.
9. Эфроимсон В.П. Предпосылки гениальности // *Человек*. № 2–6. 1997. № 1.
10. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Хоменко В.В. // Клиническая геронтология, 2005. № 4. С. 22–25.
11. Wyngaarden J.D., Kelly W.N. Gout and Hyperuricemia. New York, Grune and Stratton, 1976.
12. Kelly W.N., Schumacher H.R. Gout — In: *Textbook of Rheumatology Fourth Edition*. Ed. Kelly W. Et al., WB Saunders Co. 1993. P. 1291–1336.
13. Gordon C. Et al. Detection of crystals in synovial fluids by light microscopy: sensitivity and reliability // *Ann. Rheum. Dis.* 1989. Vol. 48. P. 737–742.
14. Бунчук Н.В. Микрористаллические артриты // Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. — М.: Медицина, 1997. С. 363–374.
15. Шукурова С.М. / Под ред. З.С. Алекберовой. — М.: Институт ревматологии РАМН, 1997. 71 с.
16. Pawlowsky J. Treatment of gout // *Rheumatology in Europe*. 1996. Vol. 25. P. 142–144.
17. Беневоленская Л.И., Бржизовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. — М.: Медицина. 1998. С. 240.
18. Мухин Н.А. Подагра вчера и сегодня // Клиническая медицина. 1991. № 5. С. 103–107.
19. Мухин Н.А. Подагра — только ли болезнь суставов // Клиническая фармакология и терапия. 1994. № 1. С. 31–33.
20. Насонова В.А. Диагностика и лечение подагры // *Тер. архив*. 1987. № 4. С. 3–7.
21. Allen M., Reid C., Gordon T. et al. Does colchicine work? Results of the first controlled study in gout // *Aust N.Z. J. Med.* 1987. Vol. 17. P. 301–304.
22. Quratino C., Rucci C., Giacomello A. Relation between fractional urate excretion and serum triglyceride concentration // *Ann. Rheum. Dis.* 1996. Vol. 55 P. 934.
23. Batuman V. Lead nephropathy gout and hypertension // *Am. J. Med. Sci.* 1993. Vol. 305. P. 241–247.
24. Nishioka K. Hyperuricemia and atherosclerosis // *Nippom Rinsho*. 1993. Vol. 51. P. 2177–2181.
25. Peters T., Ball G. Gout and hyperuricemia // *Current Opinion in Rheumat.* 1992. Vol. 4. P. 566–573.
26. Cameron J. What is the pathogenesis of familial gouty nephropathy // *Adv. Exp. Med. Biol.* 1991. Vol. 309A. P. 185–189.

GOUT — A DISEASE WITH A MILLENNIAL HISTORY

Zharenikova N.V., Doctor-Therapist

Lopatynskaya N.V., Doctor-Neurologist

Tugova Yu.T., Cand. Sci. (Med.), Doctor-Pulmonologist, Head of the Medical-Diagnostic Department

FGBU Joint Hospital and Polyclinic Department of Presidential Affairs of the Russian Federation (6, Michurinsky Tr., 119285, Moscow, Russia).

ABSTRACT

The article considers the main historical stages of development of representations about gout. It is given the patterns of occurrence and spread of the disease, examples of the disease set of cases in a certain area at a certain time among a certain group of the population. As well as it presents an analysis of the main stages of the treatment of gout.

Keywords: gout, hyperuricemia, uric acid, tophi, history of gout.



REFERENCES

1. Nasonova V.A., Barskova V.G. *Podagra Ratsional'naya farmakoterapiya revmaticheskikh zabolevaniy* [Rational pharmacotherapy of rheumatic diseases]. Moscow, Littera Publ., 2007. pp. 188–200.
2. Bird L. Gouty inflammation crystal clear. *Nature reviews immunology*, 2006, no. 9(6), pp. 627–688.
3. Didkovskiy N.A. Gout: modern view on the etiopathogenesis and new perspectives in the treatment. *Klinicheskaya gerontologiya*, 2005, no. 4, pp. 26–29 (In Russian).
4. Nasonova V.A., Barskova V.G. Early diagnosis and treatment of gout - a science-based demand for improvement of labor and life prognosis of patients. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*, 2004, no. 1, pp. 5–7 (In Russian).
5. St. George E. Spinal cord compression: an unusual neurological complication of gout. *Rheumatology (Oxford)*, 2001, no. 6, pp. 711–712.
6. Landis R.C., Yagnik D.R. Safe disposal of inflammatory monosodium urate monohydrate crystals by differentiated macrophages. *Arthritis and Rheum*, 2002, no. 11, pp. 3026–3330.
7. Nasonova V.A., Barskova V.G. Gout in the late XX century. *Consilium medicum*, 2002, vol. 4, no. 8 (In Russian).
8. Okorokov A.N. *Lecheniye bolezney vnutrennikh organov T. 2* [Treatment of diseases of internal organs. Vol. 2]. Moscow, Meditsinskaya literature Publ., 2003. 608 p.
9. Efroimson V.P. The prerequisites of genius. *Chelovek*, 1997, no. 2–6, no. 1 (In Russian).
10. Shostak N.A., Loginova T.K., Khomenko V.V. *Klinicheskaya gerontologiya*, 2005, no. 4, pp. 22–25 (In Russian).
11. Wyngaarden J.D., Kelly W.N. *Gout and Hyperuricemia*. New York, Grune and Stratton Publ., 1976.
12. Kelly W.N., Schumacher H.R. *Gout* – In. WB Saunders Co Publ., 1993. pp. 1291–1336.
13. Gordon C. *Detection of crystals in synovial fluids by light microscopy: sensitivity and reliability*. Dis. 1989, vol. 48, pp. 737–742.
14. Nasonova V.A., Bunchuk N.V. *Revmaticheskiye bolezni* [Rheumatic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 1997. pp. 363–374.
15. Shukurova S.M. Moscow, Institut revmatologii RAMN Publ., 1997. 71 p.
16. Pawlotsky J. Treatment of gout. *Rheumatology in Europe*, 1996, vol. 25, pp. 142–144.
17. Benevolenskaya L.I., Brzhezovskiy M.M. *Epidemiologiya revmaticheskikh bolezney* [Epidemiology of rheumatic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 1998. p. 240.
18. Mukhin N.A. Gout yesterday and today. *Klinicheskaya meditsina*, 1991, no. 5, pp. 103–107 (In Russian).
19. Mukhin N.A. Is gout just the disease of joints. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*, 1994, no. 1, pp. 31–33 (In Russian).
20. Nasonova V.A. Diagnosis and treatment of gout. *Ter. arkhiv*, 1987, no. 4, pp. 3–7 (In Russian).
21. Allen M., Reid C., Gordon T. Does colchicine work? Results of the first controlled study in gout. *Aust N.Z. J. Med*, 1987, vol. 17, pp. 301–304.
22. Quratino C., Rucci C., Giacomello A. *Relation between fractional urate excretion and serum tryglyceride concentration*. Ann. Rheum Dis. 1996, vol. 55 p. 934.
23. Batuman V. Lead nePhropathe gout and hypertension. *Am. J. Med. Sci.*, 1993, vol. 305, pp. 241–247.
24. Nishioka K. Hyperuricemia and atherosclerosis. *Nippom Rinsho*, 1993, vol. 51, pp. 2177–2181.
25. Peters T., Ball G. Gout and hyperuricemia. *Current Opinion in Rheumat*, 1992, vol. 4, pp. 566–573.
26. Cameron J. What is the pathogenesis of familial gouty nephropathy. *Adv. Exp. Med. Biol.*, 1991, vol. 309A, pp. 185–189.