

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00451&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00451. Подагра і псевдоподагра

Автор: Heikki Julkunen

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2017-04-26

Основні положення

- Подагра і псевдоподагра (хондрокальциноз, пірофосфатна артропатія) — це поширені захворювання, що викликають артрит одного чи кількох суглобів.
- Необхідно проводити дослідження синовіальної рідини при підозрі на подагру (кристали урату натрію) або псевдоподагру (кристали пірофосфатів)
- Гострий артрит у пацієнта з артрозом великих суглобів може бути асоційований з псевдоподагрою, що вимагає місцевого лікування глюкокортикоїдами і протизапальними лікарськими засобами.
- Короткі курси прийому пероральних глюкокортикоїдів все частіше використовуються для лікування гострої подагри, лікування можна посилити внутрішньосуглобовими ін'єкціями.
- Після першого нападу подагри пацієнту необхідно надати дієтичні рекомендації, провести дослідження на наявність серцево-судинних захворювань або визначити їх фактори ризику і за необхідності призначити лікування.
- Лікування інтермітуючої або хронічної подагри спрямоване на виведення депозитів кристалів моноурату натрію з організму з метою усунення симптомів захворювання.

- Рівень сечової кислоти плазми повинен бути нижче 360 мкмоль/л або, при тяжкому перебігу захворювання, нижче 300 мкмоль/л для пришивдшення розчинення накопичених уратів.
- Надання пацієнту вичерпної інформації щодо клінічної картини подагри, важливості зміни способу життя, мети лікування і регулярного спостереження позитивно впливає на результати лікування.

Причини і поширеність

- Поширеність подагри у західних країнах становить 1–2%. Більшість пацієнтів є чоловіками (80–90%).
- Серед чоловіків старше 65 років і жінок старше 85 років поширеність подагри становить відповідно 7% і 3%.
- Подагрі передуює період гіперурикемії протягом кількох років. Рівень сечової кислоти в крові підвищений приблизно у 20% населення.
- Основними причинами гіперурикемії та подагри, що стають все більш поширеними, є метаболічний синдром [настанова 00498] |Метаболічний синдром] і ниркова недостатність [настанова 00226] |Лікування хронічної хвор...], збільшення середнього віку населення, підвищення вживання алкоголю, діуретиків і низьких доз аспірину.
- Гіперурикемія також зустрічається у пацієнтів з псоріазом [настанова 00288] |Psoriasis] або гематологічними захворюваннями (наприклад, ХМЛ [настанова 00321] |Хронічний мієлоцитарний ...]).
- Подагра рідко виникає у жінок в період до менопаузи та у чоловіків молодше 25 років.
- При псевдоподагрі кальцій (пірофосфат кальцію) накопичується в суглобових хрящах і менісках внаслідок порушень місцевого метаболізму, а також може виділятися в порожнину суглоба, викликаючи гостре запалення.
- Найчастіше псевдоподагра виникає у осіб старше 65 років з артрозом великих суглобів.
- Також можуть зустрічатися спадкові форми подагри та псевдоподагри.

Симптоми, клінічні ознаки і діагностика

Гостра інтермітуюча подагра

- Типовим симптомом є раптове почервоніння, локальне підвищення температури, біль і припухлість першого плесно-фалангового суглоба великого пальця стопи, що виникає вночі. Іншими суглобами, що часто вражаються, є інші суглоби стопи, гомілковостопний і колінний суглоби.
- Напади можуть бути спровоковані впливом холоду, механічним навантаженням, травмою, хірургічним втручанням, вживанням алкоголю, початком прийому антигіперурикемічних лікарських засобів, діуретиків, аспірину або вживанням їжі з високим вмістом пуринів.
- Суглоб може бути чутливим навіть до найлегших дотиків, пацієнту важко або неможливо стати на ноги.
- Суглоби верхніх кінцівок вражаються рідше, їх ураження може викликати труднощі при диференційній діагностиці.
- Під час гострого нападу у пацієнта може незначно підвищуватися температура тіла.
- На початку захворювання явища артриту проходять через кілька днів або тижнів.
- У типових випадках діагностика базується на клінічній картині. Наявність пароксизмальної суглобової симптоматики в анамнезі та високий рівень сечової кислоти в крові свідчать на користь діагнозу.
- Діагноз подагри підтверджується, якщо в зразку синовіальної рідини, взятої із запаленого суглоба, виявляються кристали моноурату натрію, частково фагоцитовані лейкоцитами. Щодо підготовки зразків синовіальної рідини для відправлення див.
настанова 00466 [Дослідження синовіальної...].
- Кількість лейкоцитів у синовіальній рідині підвищена (навіть більше $50\,000 \times 10^6/\text{л}$) з переважанням гранулоцитів.
- Під час нападу подагри рівень сечової кислоти в плазмі часто низький.
- Високий рівень сечової кислоти в плазмі та неспецифічні суглобові скарги не підтверджують діагноз подагри.

- Під час диференційної діагностики потрібно виключити артроз [настанова 00396] [Остеоартроз], бешиху [настанова 00275] [Бешиха і целюліт], псевдоподагру, гнійний артрит, серонегативний спондилоартрит і паліндромний ревматизм.

Хронічна подагра

- За відсутності лікування гостра інтермітуюча подагра може стати хронічною.
- Напади подагри стають частішими і тривалішими, болючість і набряк суглобів може зберігатися між нападами.
- Тофуси (підшкірне накопичення урату натрію) можуть виникати найчастіше на пальцях, зап'ястях, мочках вух або розгинальних поверхнях кінцівок.
- У пацієнта може виникати бурсит, тендиніт, целюліт або сечокам'яна хвороба.
- На рентгенограмах можна виявити ерозії суглобів.
- Накопичення моноурату натрію в тканинах (часто субклінічне) можна також виявити за допомогою ультразвукової діагностики, МРТ або двоенергетичної КТ.
- Під час диференційної діагностики потрібно виключити ревматоїдний артрит [настанова 00456] [Rheumatoid arthritis] і серонегативний спондилоартрит.

Псевдоподагра

- Гострий (та інтермітуючий) біль і припухлість великих або середніх суглобів
- При псевдоподагрі найчастіше вражаються колінні, променево-зап'ясткові, ліктьові або гомілковостопні суглоби.
- За відсутності лікування напади можуть тривати кілька днів або тижнів, вони провокуються фізичним навантаженням, травмою або хірургічним втручанням.
- Кількість лейкоцитів у синовіальній рідині є підвищеною ($5\,000\text{--}50\,000 \times 10^6/\text{л}$) з переважанням гранулоцитів.
- У зразку синовіальної рідини наявні кристали пірофосфатів.
- На рентгенограмах можна виявити кальцифікацію хрящів і менісків.

- Хронічна пірофосфатна артропатія часто є безсимптомною або клінічна картина може нагадувати артроз великих суглобів.
- Наявність гіперпаратиреозу [настанова 00502 | Гіперкальціємія та гіпер...] і гемохроматозу [настанова 00519 | Гемохроматоз] підвищують схильність до розвитку псевдоподагри.
- При диференційній діагностиці гострої псевдоподагри необхідно виключити подагру і гнійний артрит, хронічної псевдоподагри — ревматоїдний артрит та артроз.

Лабораторні дослідження

- ШОЕ, СРБ
 - Відображають тяжкість запальної реакції.
- Рівень сечової кислоти
 - Часто низький під час гострого нападу подагри
- Креатинін (ШКФ [програма 00006 | GFR calculator])
 - Ниркова недостатність збільшує схильність до розвитку подагри і впливає на вибір лікування.
- Загальний холестерин, холестерин ЛПНЩ, холестерин ЛПВЩ, тригліцериди, HbA_{1c} і/або глюкоза крові натще
 - Серцево-судинні захворювання та їх фактори ризику пов'язані з виникненням подагри.
 - Метаболічний синдром (ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, гіперліпідемія), серцева і ниркова недостатність, захворювання з обструкцією вен (серцевих, мозкових, периферичних), куріння
- Загальний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, АЛТ
 - В рамках спостереження під час медикаментозного лікування подагри.
- Іонізований кальцій, насичення трансферину
 - Гіперпаратиреоз і гемохроматоз підвищують схильність до розвитку псевдоподагри.
- Зразок синовіальної рідини (клітини і кристали), див. [настанова 00466 | Дослідження синовіальної...]
 - За підозри на подагру (кристали урату натрію) або псевдоподагру (кристали пірофосфатів)

Лікування

Гостра подагра [доказ C] [доказ C] [доказ B] [доказ C↑↑]

- Спокій, холод місцево і протизапальні анальгетики у достатніх дозах (не аспірин)

Коментар експерта. Аспірин – торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою ацетилсаліцилова кислота.

- Все частіше застосовуються пероральні глюкокортикоїди, особливо у хворих з відносними протипоказаннями до застосування нестероїдних протизапальних анальгетиків (абдомінальний дискомфорт, ниркова або серцева недостатність, артеріальна гіпертензія).
- Початкова доза преднізону (або преднізолону) становить 30–40 мг/добу протягом 3–5 днів. Протягом 1–2 тижнів слід поступово зменшувати дозу з наступною відміною.

Коментар експерта. Лікарський засіб преднізон станом на 16.05.2019 в Україні зареєстрований лише у лікарській формі супозиторії ректальні, згідно з інструкцією для медичного застосування не призначається при подагрі.

- Відповідь на лікування можна посилити шляхом внутрішньосуглобового введення метилпреднізолону.
- Усі вищеперераховані методи лікування можна комбінувати.
- За наявності протипоказань до НППЗ і глюкокортикоїдів при тяжкому нападі подагри можливе застосування інгібіторів інтерлейкіну-1 (анакінра, канакінумаб, рилонацепт). Ці лікарські засоби є високовартісними і офіційно не показані для лікування подагри.

Коментар експерта. Згідно з інструкцією для медичного застосування зареєстрований в Україні станом на 16.05.2019 лікарський засіб канакінумаб призначається при подагричному артриті.

Коментар експерта. Лікарські засоби анакінра і рилонацепт станом на 16.05.2019 в Україні не зареєстровані.

- Колхіцин є незареєстрованим лікарським засобом, у Фінляндії застосовується нечасто.

Коментар експерта. Лікарський засіб колхіцин станом на 16.05.2019 в Україні зареєстрований.

Дієтотерапія і модифікація способу життя

- Зміна харчування є обов'язковою в лікуванні подагри, усім пацієнтам потрібно надати відповідні рекомендації.
- Контроль ваги, збільшення фізичних навантажень і обмеження вживання алкоголю (особливо пива) до помірного рівня
- Обмеження вживання солодких напоїв, м'яса, риби і, особливо, морепродуктів
- Надання переваги низькокалорійним молочним продуктам

Антигіперурикемічні лікарські засоби [доказ 07152] [C] [доказ 07359] [B] [доказ 07347] [B] [доказ 07357] [B]

[доказ 07151] [C]

- Антигіперурикемічні лікарські засоби призначають для лікування хронічного подагричного артриту, тофусів, сечокам'яної хвороби і рецидивуючих гострих нападів подагри.
- Призначення лікарських засобів рекомендовано після першого нападу подагри, якщо вік пацієнта менше 40 років, або при значному підвищенні рівня сечової кислоти (> 480 мкмоль/л) або за наявності супутніх захворювань.
- Антигіперурикемічні лікарські засоби можуть покращити прогноз серцево-судинних захворювань і сповільнити прогресування ниркової недостатності.
- Лікування безсимптомних пацієнтів розглядається індивідуально при значному підвищенні рівня сечової кислоти в крові (особливо при нирковій недостатності).
- Слід оцінити, чи можна відмінити діуретики або замінити їх іншими лікарськими засобами, такими як блокатори кальцієвих каналів, інгібітори АПФ або БРА (лозартан має урикозуричну дію).
- Антигіперурикемічні лікарські засоби застосовуються для
 - пригнічення утворення уратів (інгібітори ксантиноксидази алопуринол і фебуксостат),
 - підвищення виділення уратів (пробенецид і бензбромарон) або

- перетворення сечової кислоти у розчинний алантоїн, що виділяється нирками (расбуриказа).

Коментар експерта. Лікарські засоби пробенецид, бензбромарон, расбуриказа станом на 16.05.2019 в Україні не зареєстровані.

- **Алопуринол**

- Початкова доза становить 100–150 мг/добу. Через 2–4 тижні дозу підвищують до 300 мг/добу і далі протягом кількох місяців до 600–900 мг/добу відповідно до терапевтичної цілі (сечова кислота < 360 мкмоль/л).
- Найпоширенішими побічними ефектами є абдомінальний дискомфорт, висип, підвищення рівня печінкових ферментів і реакції гіперчутливості. Поширеність тяжкого синдрому гіперчутливості становить 0,1–0,4%. Рідко можливий гранулоцитоз.
- У пацієнтів з нирковою недостатністю мета лікування є такою ж. При ШКФ > 20 мл/хв звичайні дози, при 10–20 мл/хв 100–200 мг/добу і при термінальній уремії 100 мг один раз на добу або 300 мг після діалізу.
- На практиці алопуринол призначається всім гематологічним хворим, які починають прийом цитотоксичних лікарських засобів.
- Він підвищує рівень азатіоприну, меркаптопурина і теофіліну (не повинні застосовуватись).

- **Фебуксостат**

- Початкова доза становить 80 мг/добу. Відповідь на лікування можна отримати вже через 2–4 тижні, дозу можна підвищувати до 120 мг/добу залежно від терапевтичної цілі.
- Застосовується у випадках, коли неможливе використання алопуринолу або його ефективність недостатня.
- Найпоширенішими побічними ефектами є абдомінальний дискомфорт, висип і реакції гіперчутливості.
- Немає необхідності у зменшенні дози при ШКФ > 30 мл/хв. При тяжкій нирковій недостатності слід застосовувати нижчі дози відповідно до терапевтичної цілі.
- Не рекомендується поєднувати з азатіоприном, меркаптопурином чи теофіліном.

- Застосування інгібіторів ксантиноксидази можна також починати під час контрольованих гострих нападів подагри, а вже розпочатий курс цих лікарських засобів не потрібно припиняти під час нападів.
- Після початку застосування інгібіторів ксантиноксидази напади подагри в найближчі 3–6 місяців можуть почастишати, в цей період можна використовувати нестероїдні анальгетики або короткі курси/ низькі підтримуючі дози преднізону (наприклад, 5–10 мг один раз на добу).
- *Пробенецид*
 - Може застосовуватись (також у поєднанні), коли неможливе використання або недостатня ефективність інгібіторів ксантиноксидази.
 - Початкова доза 250 мг двічі на добу, через 2 тижні 500 мг двічі на добу. На початку лікування показано олузнення сечі (рН > 6) шляхом прийому 1 г бікарбонату натрію 3–4 рази на добу протягом щонайменше 1 місяця.
 - Рецепт: бікарбонат натрію 1 г, 100 таблеток; для приготування фармацевтом
 - Найпоширенішими побічними ефектами є алергічні реакції.
 - Не рекомендується пацієнтам з сечокам'яною хворобою в анамнезі або при ШКФ < 50 мл/хв.
- *Бензбромарон*
 - Початкова доза 50 мг один раз на добу, підтримуюча доза 100–200 мг один раз на добу.
 - Найпоширенішими побічними ефектами є алергічні реакції та підвищення рівня печінкових ферментів.
 - Не рекомендується для застосування пацієнтам з сечокам'яною хворобою в анамнезі.
 - Може застосовуватись пацієнтами з нирковою недостатністю при ШКФ > 20 мл/хв.
- Пробенецид та бензбромарон доступні за спеціальним дозволом (не підлягають грошовій компенсації).
- *Расбуриказа*
 - Застосовується за певними показаннями в спеціалізованій медичній допомозі.
- *Аскорбінова кислота* (вітамін С, 500 мг один раз на добу) знижує рівень сечової кислоти на 50–100 мкмоль/л.

- При гострій інтермітуючій подагрі антигіперурикемічне лікування через рік можна перервати після належного обґрунтування. У деяких пацієнтів можливо підтримувати цільові рівні сечової кислоти сироватки крові лише за рахунок модифікації способу життя і дієти.
- При хронічній подагрі необхідне довготривале або постійне медикаментозне лікування.

Лікування псевдоподагри

- Гострий артрит лікують внутрішньосуглобовим введенням метилпреднізолону.
- Можна застосовувати короткі курси нестероїдних анальгетиків.
- Для лікування тяжких нападів можна застосовувати короткий курс пероральних глюкокортикоїдів, особливо при ураженні кількох суглобів (див. лікування гострої подагри).
- Лікування хронічної псевдоподагри є симптоматичним (парацетамол і протизапальні анальгетики за необхідності). Артроз потрібно лікувати консервативно.
- Для лікування часто рецидивуючих загострень використовують протизапальні анальгетики, глюкокортикоїди, колхіцин і гідроксихлорохін.

Спостереження при подагрі

- Лікування і регулярне спостереження при подагрі повинно здійснюватись головним чином на первинній медичній допомозі.
- Обстеження на спеціалізованій медичній допомозі необхідне пацієнтам з незрозумілим діагнозом або з рефрактерною подагрою.
- Через 2–3 місяці після призначення антигіперурикемічних лікарських засобів необхідно провести контроль загального аналізу крові з підрахунком тромбоцитів, АЛТ, креатиніну (ШКФ), рівня сечової кислоти
- Подальші контрольні дослідження проводять кожні 6–12 місяців

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00474] Gout and pseudogout – Re...
- Клінічні настанови [пов'язані 00474] Gout and pseudogout – Re...

- Література пов'язані [00474] | Gout and pseudogout – Re...

Джерела інформації

R1. Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2015;74(10):1789-98. [PubMedID|26359487]

R2. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet 2010;375(9711):318-28. [PubMedID|19692116]

R3. Richette P, Doherty M, Pascual E et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017;76(1):29-42. [PubMedID|27457514]

R4. Singh JA, Yu S. Are allopurinol dose and duration of use nephroprotective in the elderly? A Medicare claims study of allopurinol use and incident renal failure. Ann Rheum Dis 2017;76(1):133-139. [PubMedID|27296322]

Настанови

- [Настанова 00498](#). Метаболічний синдром.
- [Настанова 00226](#). Лікування хронічної хвороби нирок..
- [Настанова 00288](#). Psoriasis.
- [Настанова 00321](#). Хронічний мієлоцитарний лейкоз (ХМЛ).
- [Настанова 00466](#). Дослідження синовіальної рідини.
- [Настанова 00396](#). Остеоартроз.
- [Настанова 00275](#). Бешиха і целюліт.
- [Настанова 00456](#). Rheumatoid arthritis.
- [Настанова 00502](#). Гіперкальціємія та гіперпаратиреоз.
- [Настанова 00519](#). Гемохроматоз.

Калькулятори й анкети

- [Програма 00006](#). GFR calculator.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05390](#). Colchicine for acute gout.
Дата оновлення: 2016-03-14
Рівень доказовості: C
Резюме: Low-dose colchicine may relieve symptoms of acute gout compared to placebo, but it causes very frequent gastrointestinal adverse effects.

- [Доказовий огляд 06003](#). Systemic corticosteroids for acute gout.
Дата оновлення: 2008-07-18
Рівень доказовості: C
Резюме: Peroral corticosteroids may be as effective as naproxen in the initial treatment of acute gout.
- [Доказовий огляд 07364](#). NSAID drugs for acute gout.
Дата оновлення: 2015-03-27
Рівень доказовості: B
Резюме: COX-2 inhibitors (COXIBs) and non-selective NSAIDs appear to be equally beneficial for acute gout although COXIBs appear to be associated with significantly fewer total and gastrointestinal adverse events.
- [Доказовий огляд 07248](#). Topical ice for acute gout.
Дата оновлення: 2014-02-04
Рівень доказовості: C↑↑
Резюме: Topical ice (for half-an-hour, four times per day for one week) in addition to drug therapy (oral prednisolone and colchicine) may be effective in pain reduction in acute gout compared to drug therapy alone.
Рекомендація: Topical ice in adjunct to medical therapy is recommended for managing oligoarticular attacks of acute gout.
- [Доказовий огляд 07152](#). Pharmacotherapy for hyperuricemia in hypertensive patients.
Дата оновлення: 2013-04-10
Рівень доказовості: C
Резюме: In patients with hyperuricemia and hypertension, allopurinol treatment, in addition to lowering serum uric acid, may also lower blood pressure.
- [Доказовий огляд 07359](#). Interventions for tophi in gout.
Дата оновлення: 2015-03-04
Рівень доказовості: B
Резюме: Pegloticase appears to be beneficial in the management of tophi in gout, but with a high risk of adverse infusion reactions.
- [Доказовий огляд 07347](#). Allopurinol for chronic gout.
Дата оновлення: 2014-11-13
Рівень доказовості: B
Резюме: Allopurinol appears to lower serum urate levels more effectively than placebo in subjects with gout.
- [Доказовий огляд 07357](#). Uricosuric medications for chronic gout.
Дата оновлення: 2015-02-27
Рівень доказовості: B
Резюме: Benzbromarone appears to reduce uric acid levels to a similar degree than allopurinol in patients with chronic gout.
- [Доказовий огляд 07151](#). Febuxostat for hyperuricaemia in chronic gout.
Дата оновлення: 2013-04-10
Рівень доказовості: C
Резюме: Febuxostat may lower and maintain serum urate levels <6.0 mg/dl (357 μmol/l) more effectively than allopurinol in subjects with hyperuricemia and gout.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00451 Ключ сортування: 021.050 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-04-26

Автор(и): Heikki Julkunen Автор(и) попередніх версій статті: Markku Hakala Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilikka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Rheumatology

Ключові слова індексу

mesh: Gout Urate Monosodium urate mesh: Azathioprine mesh: Indomethacin mesh: Allopurinol
mesh: Sodium Bicarbonate mesh: Probenecid mesh: Creatinine mesh: monoarthritis mesh: Hyperuricemia
mesh: Kidney Failure mesh: Synovial Fluid mesh: Kidney Calculi mesh: Methylprednisolone mesh: Renal Insufficiency
mesh: gout, secondary mesh: Uric Acid speciality: Internal medicine speciality: Rheumatology icpc-2: T92