

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Заведующая кафедрой д.м.н., проф. Демко И.В.

РЕФЕРАТ

«Особенности лечебного питания при подагре»

Выполнила: Локтионова М.М.

ординатор второго года

специальность «терапия»

Красноярск 2018

Содержание

1. Введение - 3
2. Этиология и патогенез подагры – 4
3. Клинические проявления – 7
4. Особенности лечения – 9
5. Особенности питания при подагре – 12
6. Заключение – 16
7. Список литературы - 19

Введение

В данном реферате рассматривается подагра и лечебное питание при этом заболевании. Подагра обусловлена нарушением обмена мочевой кислоты. Это, по-видимому, самая старая болезнь, описанная в медицине. Гиппократ в V веке до н. э. назвал подагрой (от *podos* – стопа + *agra* – капкан, ловушка) приступы острых болей в стопе. В V веке н. э. Гален описал *тофусы* (узелковые образования с отложением кристаллов мочевой кислоты) и их связь с артритом, но лишь в 80-х годах XVIII века Левенгук увидел с помощью микроскопа в содержимом тофуса эти иглообразные кристаллы. В середине XX века была установлена связь подагры с кристаллами моноурата натрия.

Человек здоровый чаще всего невнимателен к тому, что он ест. Заболев, люди бросаются на поиски наимоднейших препаратов и забывают о таком надежном и постоянно действующем лечебном средстве, как пища. Увлечение препаратами нередко приводит к аллергии и другим осложнениям, поэтому важно знать и применять лечебные, успокаивающие и противовоспалительные вещества, содержащиеся в пище и напитках, в том числе отварах и настоях. Лечебное питание при подагре направлено на снижение поступления пуринов с пищей, что облегчает состояние больного, способствует поддержанию более длительного состояния ремиссии. Так как пурины пищи, как источник образования мочевой кислоты, не играют основной роли в развитии подагры, то максимальный результат можно получить только при сочетании с медикаментозными препаратами, угнетающими образование мочевой кислоты и ее солей в организме и усиливающих ее выведение из организма.

Этиология и патогенез подагры

Подагра (греч. podagra, букв. – капкан для ног), хроническое заболевание человека и животных, обусловленное нарушением обмена веществ, с повышением содержания мочевой кислоты в крови и отложением мочекислых солей (*уратов*) в различных тканях и органах, преимущественно в суставах. У человека проявляется острыми приступами артрита, деформацией суставов с нарушением их функции. Считается, что в происхождении подагры основное значение имеют нарушения функций различных ферментов, регулирующих образование и выведение из организма уратов. В некоторых случаях при этом отчётливо выявляется наследственный характер заболевания. В развитии подагры определённую роль играют такие дополнительные факторы, как переедание, избыточное потребление мяса и мясных продуктов, злоупотребление алкоголем, а также малоподвижный образ жизни и нервное переутомление. Заболевание встречается чаще у мужчин после 40 лет, у женщин наблюдается относительно редко. К факторам, провоцирующим возникновение приступа подагрического артрита, относят операции, травмы, прием мочегонных средств.

Приведём *современное определение подагры* как:

– системного тофусного заболевания, – развивающегося в местах отложения кристаллов моноурата натрия, – с воспалением в органах и системах, – у людей со стойкой гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и / или генетическими факторами.

О роли внешнесредовых факторов при подагре свидетельствуют явные колебания в ее распространенности, связанные с уровнем жизни людей, что приводит к практическому исчезновению болезни во время войн, голода и т.д. и, наоборот, повышению распространенности при росте уровня жизни. По крайней мере, во всех странах с высоким уровнем жизни отмечается нарастание больных с подагрическими артритами.

Развитие подагры, как правило, сопровождается острым приступообразным воспалением одного или нескольких суставов (артрит). Обычно первыми поражаются суставы нижних конечностей, часто плюснефаланговый сустав большого пальца (примерно у 75% больных), суставы плюсны, голеностопные и коленные суставы. Реже наблюдается артрит мелких суставов кистей, лучезапястных и локтевых суставов. Болевой приступ обычно начинается внезапно, чаще ночью. После переизбытка, алкогольного эксцесса, а нередко без видимой причины возникает острая боль в поражённом суставе, образуется припухлость, сопровождающаяся краснотой и резкой болезненностью при малейшем движении. Появляется озноб с повышением температуры. Через несколько дней явления артрита могут полностью пройти. Перерывы между приступами продолжаются от нескольких дней до 1–2 лет. При прогрессировании болезни приступы становятся чаще и длительнее, периодически воспаляются новые суставы, воспаление может сохраняться многие недели. Для такого хронического течения подагры характерны отложения уратов под кожей в виде узелков, чаще около локтевых и коленных суставов, у мелких суставов кистей, в хряще ушных раковин, на веках, крыльях носа, в надгортаннике, бронхах, в миокарде, клапанах сердца, аорте, на крайней плоти полового члена, где формируются разных размеров узелковые образования – тофусы. Происходит задержка мочекишечного натрия в организме, отложение его в связках, стенке кишечника, мозговых оболочках. Был выявлен факт образования кристаллов моноурата натрия и образования микротофусов в слизистой оболочке желудка более чем у половины больных подагрой. Наряду с этим поражаются сухожилия (часто ахилловое), околоуставные слизистые сумки, развивается тромбофлебит. Внедрение вторичной инфекции иногда приводит к нагноению. Это подтверждает определение подагры как системного тофусного заболевания, при котором развитие острого или хронического

артрита лишь наиболее яркое проявление болезни. Нередко отмечается отложения уратов в тканях почек и мочевыводящих путях с образованием камней т.е. образуются мочеислые (уратные камни). У 15–20% больных подагрой возникает мочекаменная болезнь (приступ почечной колики иногда может быть первым признаком подагры), а также развивается интерстициальный нефрит.

Среди эпидемиологических закономерностей бесспорны преимущественная заболеваемость мужчин 40–50 лет, алкоголизация и переиздание, связь с широким применением диуретиков для лечения гипертонической болезни, которые, как и алкоголь, снижают экскрецию мочевой кислоты. В последние годы отмечено учащение подагры у женщин, связанное не только с постменопаузальным периодом и прекращением урикозурического действия эстрогенов, но и с сопутствующими заболеваниями (сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией).

Стойкая гиперурикемия (повышение уровня мочевой кислоты в крови) – важный, но не обязательный фактор риска развития подагры, который должен учитываться при проведении дифференциального диагноза, модификации образа жизни и выбора стратегии лечения. Поэтому важно знать классификационные критерии подагры, рекомендованные ВОЗ.

А. Наличие характерных кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости.

В. Подтвержденный тофус (химическим анализом или поляризационной микроскопией).

С. Наличие 6 из 12 клинических, лабораторных и рентгенологических признаков:

1. Максимальное воспаление сустава в первый день.
2. Наличие более чем одной атаки артрита.
3. Моноартрит.
4. Покраснение суставов.
5. Боль и воспаление плюснефалангового сустава I пальца.

6. Асимметричное воспаление плюснефалангового сустава.
7. Одностороннее поражение тарзальных суставов.
8. Подозрение на тофусы.
9. Гиперурикемия.
10. Асимметричное воспаление суставов.
11. Субкортикальные кисты без эрозий при рентгенологическом исследовании.
12. Отсутствие микроорганизмов в культуре синовиальной жидкости.

В соответствии с этими критериями достоверный диагноз подагры может быть поставлен только при обнаружении кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости, что возможно уже в ранней стадии болезни либо при обнаружении их в тофусах, что обычно характерно для хронической подагры. При подагре постоянно наблюдается повышение уровня мочевой кислоты в крови, что имеет диагностическое значение.

Клинические проявления

Впервые *диагноз подагры* обычно устанавливается, как и во времена Гиппократ, на основании яркого острого артрита, обычно I плюснефалангового сустава, т.е. при наличии 1, 3, 4, 5 и 6 признаков, перечисленных в критериях. Знание предшествующих острому подагрическому артриту провокационных факторов также может помочь в диагностике. Что касается *хронического подагрического артрита*, то поначалу он также чаще олигоартикулярного характера. Полиартикулярность развивается в сочетании тофусов в области пораженных суставов и других, среди которых наиболее часты тофусы в области ушной раковины.

Тофусы, в том числе *микртофусы*, – признак системности при подагре. Это позволяет выделять развитие тофусной болезни в связи с депонированием кристаллов моноурата натрия в тканях и развитием

воспаления либо в связи с массивной экскрецией (выделением) кристаллов, с чем связано развитие подагрической нефропатии (заболевания почек).

Патогенетическую основу локальной и системной патологии при подагре составляет микрокристаллическое воспаление, в основе которого лежит взаимодействие кристаллов моноурата натрия с эндотелиальными и синовиальными клетками, моноцитами / макрофагами, нейтрофилами, сопровождающееся продукцией этими клетками различных цитокинов, в частности ФНО- α , IL-1 β , IL-6.

Подагра, ее обострения – процесс динамичный, в котором выделяют несколько периодов. Следует обратить внимание, что *по мере течения болезни* учащаются приступы острого подагрического артрита, которые становятся затяжными, приводя к сокращению межприступного периода, и, наконец, развивается тофусная подагра, т.е. уже хроническая подагра с системными проявлениями.

Выделяют *периоды в течении подагры*: атака острого артрита, межприступный период, хроническая тофусная подагра. При систематическом лечении возможен переход в межприступный период не только острого артрита, но и хронического. В межприступный период лучше всего начинать систематическую терапию аллопуринолом, прекращающую тяжелые приступы острого подагрического артрита. Не следует думать, что в этот период наступает выздоровление. Напротив кристаллы моноурата натрия постоянно обнаруживаются в бессимптомном коленном или плюснефаланговом суставе. Это способствует развитию нерезко выраженного (минимального) воспаления, влияющего на развития и прогрессирования *осложнений подагры*, например атеросклероза. Одним из наиболее частых признаков подагры является развитие *метаболического синдрома*. По современным представлениям *метаболический синдром* – комплекс нарушений, являющихся факторами риска развития сердечнососудистых заболеваний. Эти нарушения включают в себя артериальную гипертензию и

висцеральное ожирение, дислипидемию и нарушение толерантности к глюкозе и т.д.

В настоящее время принято считать, что в основе большинства этих проявлений лежит инсулинорезистентность (ИР) с нарушением биологического действия инсулина, сопровождающимся снижением потребления глюкозы скелетными мышцами и приводящим к хронической компенсаторной гиперинсулинемии. Сочетание перечисленных нарушений значительно ускоряет развитие и прогрессирование атеросклероза. Известно, что более 60% больных подагрой погибают от сердечнососудистых катастроф и не более четверти – от хронической почечной недостаточности. Висцеральный тип ожирения является мощным стимулом для появления гиперинсулинемии. *Именно у больных подагрой с сопутствующей инсулинорезистентностью более выражены и артериальная гипертензия, и дислипидемия*, отмечены высокие уровни мочевой кислоты. Имеется патогенетическое обоснование данному феномену: гиперинсулинемия снижает экскрецию и увеличивает реабсорбцию мочевой кислоты почками. Более того, гормон обладает таким эффектом даже у здоровых людей в случае острой эугликемической гиперинсулинемии, которая индуцирована внутривенным введением экзогенного инсулина. У больных с высоким уровнем мочевой кислоты отмечается более тяжелое течение подагры. Это проявляется большим количеством пораженных суставов, создающим клинику полиартрита, а также выраженной тенденцией к затяжному воспалению суставов.

Особенности лечения

Несмотря на то, что лечение подагры хорошо разработано, имеются существенные недостатки в его проведении. Следует принять как аксиому, что диагноз подагры означает необходимость пожизненного лечения, как это уже общепризнано при решении проблем диабета, гипертонической болезни

и других хронических заболеваний. При эффективности современной терапии подагры ее не удастся проводить у всех больных, которым поставлен диагноз этой болезни. Организации эффективного лечебного процесса мешают 2 причины. Во-первых, недостаточное знакомство широкого круга врачей с новыми, наиболее эффективными методами лечения и лекарственными препаратами. Во-вторых, не разработаны методики достижения безусловной приверженности больных к систематическому лечению. *Противоподагрическая терапия должна складываться из двух направлений:* купирования острого подагрического артрита и систематического лечения нарушений пуринового обмена, а по сути, проведения вторичной профилактики обострений, учитывая характер болезни, при котором каждое обострение подагры значительно утяжеляет ее течение в целом и способствует развитию жизнеугрожающих осложнений.

Во время острого приступа нужно стараться держать поражённый сустав в приподнятом состоянии и в покое. По словам врачей, во время этого периода большинство пациентов не могут выдержать на чувствительном суставе даже вес простыни. Боль вызывает очень сильное воспаление вокруг поражённого сустава, так что нужны болеутоляющие и противовоспалительные препараты. Врачи советуют ибупрофен. А вот аспирин фактически может усугубить подагру, замедлив выделение мочевой кислоты. Ацетаминофен не обладает достаточными возможностями бороться с воспалением и поэтому не приносит большой пользы. [7] *Для лечения острого приступа подагры применяют колхицин, подавляющий фагоцитарную активность нейтрофилов и выброс провоспалительных реагентов. Предпочтение отдается нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП), которые подавляют метаболизм арахидоновой кислоты, а следовательно, активность циклооксигеназы-2, индуцирующей синтез провоспалительных простагландинов, и глюкокортикоидам (ГК), наиболее активно подавляющим острое воспаление. Пристрастие врачей в выборе препарата имеет решающее значение и обусловлено уровнем знакомства с*

методами лечения, знанием их эффективности и переносимости, частоты побочных реакций.

В нашей стране традиционно популярны НПВП: в прежние годы неселективные – индометацин, затем диклофенак натрия (перорально или внутримышечно); в последние годы внимание обращено на селективные НПВП.

Что касается ГК при остром или обострении хронического подагрического артрита, то можно рекомендовать однократное или двукратное внутривенное введение (зависит от количества вовлеченных суставов) метилпреднизолона в дозах 250–500 мг, обеспечивающее быстрый и стойкий противовоспалительный ответ, сочетающийся с полезным при подагре урикозурическим эффектом. При лечении острого подагрического артрита применяют нестероидные противовоспалительные средства в максимальных или даже повышенных суточных дозах: вольтарен (150–200 мг/сут), индометацин (150–200 мг/сут), бутадион (0,6 г/сут). При часто рецидивирующих артритах, поражении почек, мочекаменной болезни, тофусах показано постоянное (пожизненное) применение аллопуринола (милурита) в суточной дозе 0,3–0,4 г для нормализации уровня мочевой кислоты в крови. При отсутствии подагрического поражения почек применяют и урикозурические средства: антуран (суточная доза 0,2–0,6 г) или этамид (курсами по 1 – нед в суточной дозе 2,8 г с перерывами 1–2 нед.).

Собственно противподагрическая терапия также хорошо обоснована, поскольку ее основная цель – стойкое снижение гиперурикемии и не только предотвращение прогрессирования подагры, но и возможное обратное развитие тофусных повреждающих процессов при условии последовательного проведения поддерживающей терапии в индивидуально подобранной дозе.

Таким образом, подводя итоги по лечению острой и хронической подагры, можно предложить *следующие меры активности врача при контакте с больным*

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются первой линией в лечении острого или обострения хронического подагрического артрита.

- Подбор собственно противподагрической терапии целесообразно проводить в манере «титрования» дозы, начиная с небольших доз, как для избегания побочных эффектов, так и для выработки оптимально-минимальной дозы, приводящей к нормоурикемии, учитывая выраженную полиморбидность этих больных и необходимость принимать другие лекарственные препараты.

- Образование больного в отношении необходимости отказа от систематического приема алкоголя и соблюдения диеты, позволяющей сохранять массу тела или снижать избыточную. Обучение больного систематическому измерению индекса массы тела, ведению дневника самочувствия, уровня АД, применяемой дозы лекарств.

Особенности питания при подагре

Основное место в лечении подагры занимает лечебное питание. Максимальный результат можно получить только при сочетании его с медикаментозными препаратами, угнетающими образование мочевой кислоты и ее солей в организме и усиливающих ее выведение из организма.

Жидкость. Диета предусматривает потребление повышенного количества жидкости (1,5–2,5 литра в сутки). На ночь обязательно выпивать стакан жидкости. Полезны овощные и фруктовые соки. Соки способствуют выведению из организма мочевой кислоты и препятствуют ее отложению в органах. Применяют отвар шиповника, молоко, щелочные минеральные воды, т.е. напитки, которые имеют преимущественно щелочные валентности. Они способствуют растворению мочевой кислоты и препятствуют тем самым отложению солей в суставах, хрящах, оболочках и т.д. Молоко и молочные продукты разрешаются в любом количестве: они не только не содержат

пуринов, но и способствуют выведению их из организма. Особенно полезны кислое молоко и сыворотка.

Приведём несколько рецептов народной медицины, связанной с приготовлением напитков. 1) Вкусен и полезен настой ягод земляники. 4 столовые ложки сухой земляники на 4 стакана кипятка, парить 1,5 часа. Пить по стакану за час до еды и на ночь перед сном. В течение суток выпить 4 стакана.

2) Целебные свойства цикория были известны ещё во времена Авиценны: он рекомендовал прикладывать к поражённым подагрой суставам густой отвар корней цикория. Сегодня рекомендуют пить настой травы цикория (1–2 чайные ложки на стакан кипятка) по ½ стакана 2–3 раза в день за 30 мин до еды.

3) Обычный овёс может облегчать боли при подагре, если пить настой (3 г сушёной травы на 25 мл воды) по 3–4 чашки в день.

4) Чай из крапивы или кориандра помогают почкам освободиться от мочевой кислоты. 5) Чтобы облегчить боли рекомендуется пить по 1 стакану 3 раза в день берёзовый сок, собранный ранней весной. В п №4 «Народные средства» более подробно рассмотрены различные настои и отвары.

Белки. При подагре, прежде всего, *ограничивается белок* – до 0,8–1 г. на 1 кг массы тела, чтобы уменьшить образование мочевой кислоты. Исключаются те белковые продукты, которые содержат много пуринов: мясо, рыба, икра. Строго воспрещается мясо молодых животных (цыплята, телятина), все части туши, дающие крепкий навар (голова, ноги и пр.), внутренние органы (сердце, печень, почки, язык, мозги). Запрещают жирные сорта мяса и рыбы, анчоусы, сельдь, сардины, мидии, мясные и рыбные бульоны, супы. В неостром периоде мясо и рыба разрешаются, но не более 2 раз в неделю, и только в отварном виде: при отваривании до 50% пуриновых веществ выделяется в бульон. Разрешены яйца.

Жиры. Количество жиров несколько уменьшается – до 0,8–1 г. на 1 кг массы тела. В это количество входят жиры белковых продуктов, несоленое

сливочное масло, сливки, сметана и, конечно, растительное масло. Не разрешаются бараний, говяжий и свиной жиры, различные комбижиры.

Углеводы. Количество углеводов также несколько сокращается, но в основном за счет легкоусвояемых: сахара, варенья, сиропов, конфет, меда. Нужно отказаться от какао и шоколада. Разрешаются мучные и крупяные изделия, немного белого хлеба.

Соль. Ограничивают употребление поваренной соли, для чего досаливают уже готовые блюда.

Овощи, фрукты. Рекомендуется побольше овощей, фруктов, ягод. Из овощей показаны картофель, капуста, огурцы, морковь, томаты, кабачки, тыква, дыни, арбузы. В частности, народная медицина рекомендует есть ежедневно по 100г тёртой моркови с одной столовой ложкой растительного масла. [6] Исключают богатые пуринами бобовые (горох, бобы, фасоль, чечевица), а также грибы, щавель и шпинат. Разрешаются грецкие орехи. Из фруктов особенно полезны яблоки, абрикосы, сливы, груши, персики, апельсины, лимоны; из ягод – виноград, вишня, черешня, земляника, черника, крыжовник. Вишня – прекрасный источник проантоцианидинов, помогающих снять воспаление суставов при подагре. По англосаксонской традиции, следует есть до 240 г свежей вишни в день, чтобы избежать подагры. Вне сезона рекомендуется питьё из пригоршни свежих плодоножек вишни на 1 литр кипятка. При лёгких формах подагры рекомендуется ежедневно в течение 1,5 месяцев есть натошак свежую землянику, по 3–5 стаканов в день. Утром натошак 2 стакана за полчаса до еды, после обеда – стакан и на ночь, после еды, 2 стакана. Один раз в неделю полезен овощной или фруктовый разгрузочный день. Американские врачи советуют есть черешню. Хотя достоверных научных доказательств того, что черешня помогает при подагре нет, многие люди находят её действие благотворным. Неважно, едят ли они сладкие или кислые сорта, свежая это черешня или консервированная. Говорят о разных количествах: от пригоршни (около 10

черешен) в день до 200 г. Сообщали также об успешных результатах от приёма 1 столовой ложки концентрированного сока черешни в день.

Энергетическая ценность рациона несколько снижена. Отсюда следует вывод – нельзя переедать! При обострении подагры в течение 1–2 дней разрешается только жидкость – в виде отвара шиповника, различных овощных, фруктовых и ягодных соков, щелочных минеральных вод, чая с лимоном. На третий день можно использовать молочно-растительную диету.

Основной диетой при подагре является *Диета №6*. Она показана при подагре, мочекаменной болезни с образованием камней из мочекислых и щавелевокислых солей. Диета содержит:

- 1) нормальное количество жиров (80–90 г), углеводов (400–450 г),
- 2) пониженное количество белков (70–80 г.) и поваренной соли (8–10 г.),
- 3) повышенное количество жидкости (2–2,5 л).

Масса суточного рациона 3 кг. Энергетическая ценность 2500–2700 ккал в сутки. Мясо и рыба готовятся только в отварном виде. Больные должны питаться 4–5 раз в сутки. Температура пищи обычная.

Рекомендуются: хлеб пшеничный и ржаной серый, белый хлеб и изделия из сдобного теста в ограниченном количестве. Блюда из круп и макаронных изделий в умеренном количестве.

Щи, борщи, рассольник, свекольник, молочные, вегетарианские и фруктовые супы.

Нежирные сорта мяса и рыбы 1–2 раза в неделю. Яйца – 1 шт. в день. Растительное и сливочное масло.

Различные овощи, фрукты, ягоды в натуральном виде и разных формах приготовления, разгрузочные дни с применением сырых овощей и фруктов. Молоко, молочнокислые продукты, творог и блюда из них.

Соусы томатный, молочный, сметанный. Лимонная кислота, зелень петрушки и укропа.

Щелочные минеральные воды, отвар шиповника, некрепкий чай с молоком.

Исключаются: сыр острый, мозги, печень, почки, легкие, телятина, дичь, мясные, рыбные и грибные бульоны, колбасные изделия, сельдь, рыбные и мясные консервы, копчености, бобовые, инжир, малина, брусника, шпинат, щавель, салат, ревень, хрен, горчица, черный перец, натуральный кофе, какао, крепкий чай.

Заключение

Подагра – хроническая болезнь, вызываемая нарушением обмена веществ. Характеризуется отложением мочекаменных солей в костях, хрящах, сухожилиях. Как правило, подагра возникает при поражении печени, почек как следствие замедленного выведения из организма мочевой кислоты. Болезнь обычно развивается медленно. Изменения в суставах и костях сопровождаются воспалительной реакцией, в дальнейшем нарушается их строение и функции. Приступ сопровождается сильнейшими болями, особенно ночью.

Больным подагрой важна строгая диета. Необходимо избегать употреблять такую пищу, которая наиболее вероятно провоцирует подагру. Она содержит от 150 до 1000 мг пурина в каждой порции весом 110 г и включает высокобелковые животные продукты. Пища, которая может стать одной из причин подагры, содержит умеренное количество пурина (от 50 до 150 мг на 110 г). При тяжёлом случае подагры, необходимо ограничить её употребление до 1 порции в день или вовсе исключить. Она включает спаржу, шпинат, крупы, хлеб из непросеянной муки и дрожжи. В эту же категорию входят рыба, мясо и птица. Ограничьте их употребление до 1 порции весом в 95 г до 3 раз в неделю. Нужно пить больше воды. Чтобы соли отходили безболезненно, стараться пить много жидкости. Нельзя употреблять спиртные напитки, особенно белое сухое вино и пиво. Пиво содержит больше пурина, чем вино или другие алкогольные напитки. Алкоголь увеличивает образование мочевой кислоты и затрудняет её выделение, что может вызвать

приступ. Если вы пьёте по особому случаю, сведите риск последующей реакции до минимума: пейте медленно и смягчайте действие вина хорошо абсорбирующими углеводами, такими как крекеры, фрукты, сыры. Пища должна быть богата витаминами, особенно С, Р, РР, В2, В6. О дополнительных витаминах необходимо посоветоваться с врачом, потому что слишком большое количество некоторых питательных веществ может усугубить подагру. Излишек ниацина и витамина А может спровоцировать приступ. Поваренная соль ограничивается, так как способствует отложению мочевой кислоты в тканях.

Обязательно проводят разгрузочные дни. Лечение голоданием, даже краткосрочным не рекомендуется. Полным людям нужно остерегаться необычных случайных диет, которые могут спровоцировать приступы подагры. Такие диеты, включая голодание, вызывают нарушение целостности клеток и высвобождения мочевой кислоты. При сопутствующих заболеваниях – ожирении, гипертонической болезни и др. применяют необходимую в этих случаях диету с учетом приведенных выше особенностей питания.

Если при подагре у вас высокое артериальное давление, то вы подвергаетесь двойному риску. Некоторые лекарственные препараты для снижения давления, например, диуретики, фактически поднимают уровень мочевой кислоты. Было бы хорошо снизить давление естественным путём: прекратить приём натрия, похудеть, делать зарядку. Но никогда не прекращайте приём прописанных лекарств, не посоветовавшись с врачом.

В остром периоде врачи назначают противовоспалительные и болеутоляющие средства, обильное питьё и на несколько дней переводят больного на строгую диету, которую постепенно, по мере улучшения состояния, расширяют, ограничивая потребление продуктов, богатых предшественниками уратов, белковой пищи, особенно бульонов, мяса и рыбы; последние применяют только в вываренном виде. Такие продукты как печень, почки, мозги, щавель, редис, фасоль, горох, салат и различные острые

приправы к пище должны быть исключены из рациона больного. Запрещается употребление шампанского, виноградных вин. В фазе обострения из рациона полностью исключают мясные и рыбные продукты. Пища должна быть молочно-растительная, блюда преимущественно жидкие (соки, супы, кисели). Рекомендуются щелочные минеральные воды.

При сохранении (несмотря на соблюдение диеты) высокого уровня мочевой кислоты в крови назначаются на длительный срок различные средства против подагры. Кроме лечебного питания в состоянии ремиссии рекомендуются лечебная физкультура, небольшой физический труд и физические упражнения. Больше гуляйте! Но в период обострения необходим покой, особенно больной конечности, сухое тепло, теплые ванны.

В случае современной диагностики и правильного лечения подагры удаётся полностью устранить клинические проявления заболевания.

Список литературы

1. Барскова В.Г. О тяжести течения женской подагры //Тер.архив. – 2005.– №5. – С.58-62.
2. Барскова В.Г.Диагностика и лечение подагрического артрита //Леч. врач. – 2007. – №2. – С.88-90.
3. Гулиева Г.И., Ягода А.В. Подагра в возрастном и половом аспекте // Науч.-практич. ревматология.– 2002.–№4. – С.51.
4. Логинова Т.К., А.В. Поскребышева, В.Т. Хоменко Порочный круг – гиперурикемия, подагра и сердечно-сосудистые заболевания // Врач. – 2004. – №4. – С. 10-11.
5. Насонова В.А. Ранние диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных // Научн.-практ. ревматология. – 2004. – №1. – С.5-8.
6. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации //Научн–практ. ревматология. – 2006. – №2. – С.4-9.
7. Mc. Ganagle D, Tain AL, Sbankaranayna S. et. al. Management of treatment resistant inflammation of acute on chronic tophaceous gout with anakinra //Ann. Rheum Dis. – 2007. –Vol. 66, № 1683. – P.4.