

**АО « Медицинский Университет Астана»
Кафедра Внутренних Болезней**

**Лечение подагрической
нефропатии**

Выполнила: Зулпыхарова Ж.К.

Группа : 7/ 104 терапия

Проверила : .Абишева Ж.О.

Астана 2017 год

План

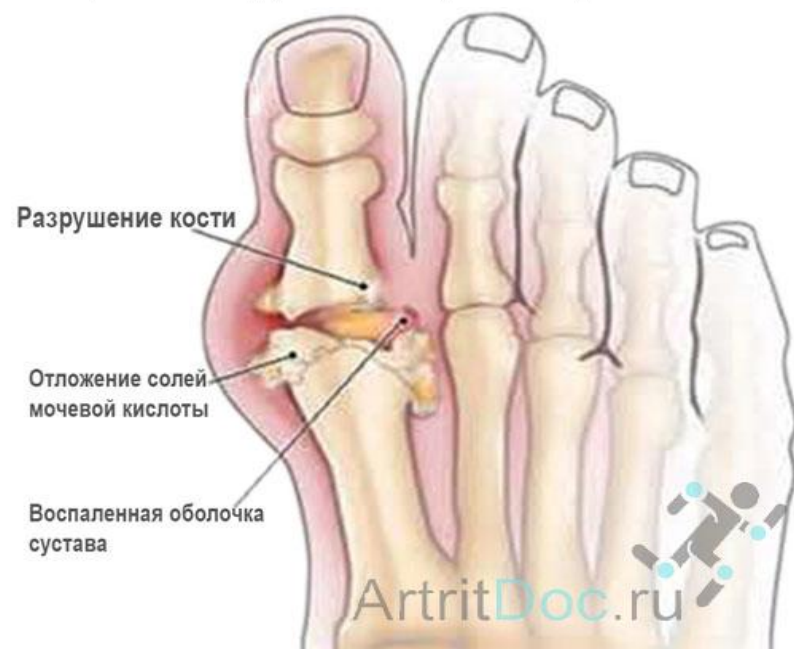


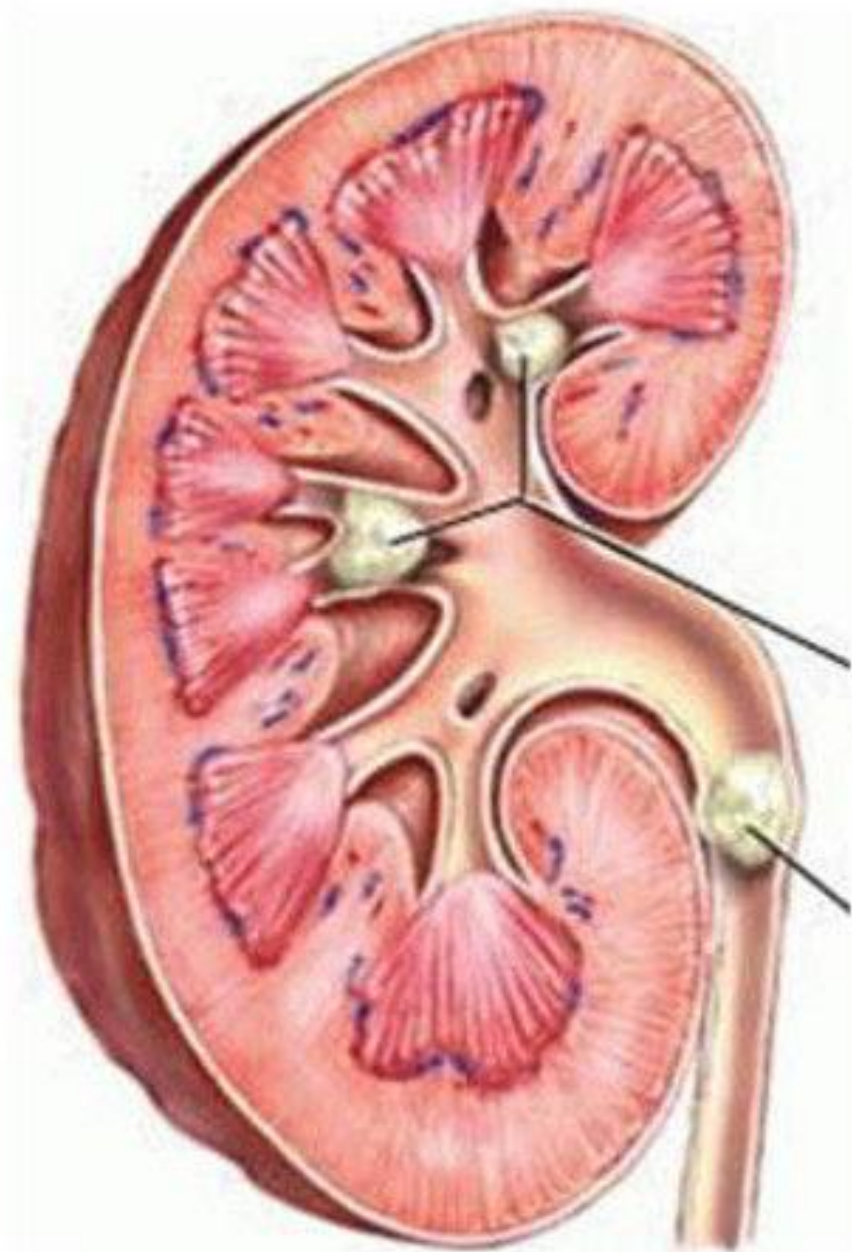
**1.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ
НЕФРОПАТИИ.**

**2. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ
ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.**

Лечение острой мочекислон нефропатии проводят в соответствии с принципами лечения ОПН, вызванной острой внутриканальцевой обструкцией. Например При отсутствии анурии и признаков обструкции мочеточников уратами (постренальной ОПН) применяют консервативное лечение. Используют непрерывную интенсивную инфузионную терапию (400–600 мл/ч), включающую:

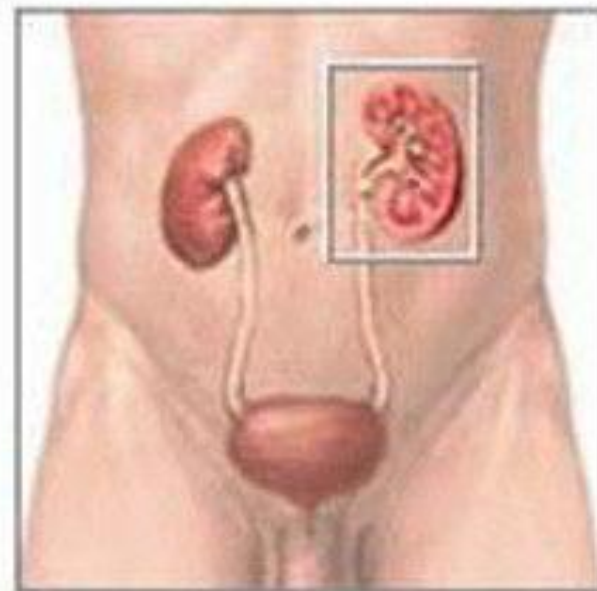
- изотонический раствор натрия хлорида;
- 4% раствор натрия гидрокарбоната;
- 5% раствор декстрозы;
- 10% раствор маннитола (3–5 мл/кг/ч);
- фуросемид (до 1,5–2 г/сут, дробными дозами).





Камень в почечной чашечке

Камень в мочеточнике





При этом необходимо поддерживать диурез на уровне 100–200 мл/ч, а рН мочи — более чем 6,5, что обеспечивает растворение уратов и выведение мочевой кислоты. Одновременно назначают аллопуринол в дозировке 8 мг/(кг×сут). При отсутствии эффекта от указанной терапии в течение 60 ч больного переводят на острый гемодиализ.

Лечение хронических форм подагрической нефропатии комплексное и предусматривает решение следующих задач:

- коррекцию нарушений пуринового обмена;
- коррекцию метаболического ацидоза и pH мочи;
- нормализацию АД;
- коррекцию гиперлипидемии и гиперфосфатемии;
- лечение осложнений (в первую очередь — хронического пиелонефрита).

Диета — низкопуриновая, низкокалорийная; её следует сочетать с обильным щелочным питьём. Длительное соблюдение такой диеты снижает уровень мочевой кислоты крови на 10% (урикозурию — на 200–400 мг/сут), способствует нормализации массы тела, уровня липидов и фосфатов крови, а также метаболического ацидоза. При подагрической нефропатии в стадии ХПН следует использовать малобелковую диету (см. главу «ХПН»).

Аллопуринол уменьшает продукцию уратов и уровень мочевой кислоты крови, ингибируя фермент ксантиноксидазу. Способствует растворению уратов. Помимо контроля пуринового обмена, ксантиноксидаза приводит к образованию свободных радикалов, повреждающих сосудистый эндотелий. Гипоурикемическое действие аллопуринола коррелирует с его нефропротективным эффектом, связанным со снижением протеинурии, продукции ренина, свободных радикалов, а также с замедлением гломерулосклероза и нефроангиосклероза.

Показания к применению аллопуринола:

- бессимптомная гиперурикемия в сочетании с гиперурикозурией более 1100 мг/сут;
- подагрический ХТИН;
- уратный нефролитиаз;
- профилактика острой мочекислрой нефропатии у онкологических больных и её лечение.

Суточная доза аллопуринола (от 200 до 600 мг/сут) зависит от выраженности гиперурикемии. Ввиду возможности обострения подагрического артрита целесообразно начинать лечение аллопуринолом в стационаре и в течение 7–10 дней комбинировать препарат с НПВС или колхицином (1,5 мг/сут). В первые недели лечения уратного нефролитиаза аллопуринолом желательно сочетать его с препаратами, повышающими растворимость уратов в моче (магурлитом[®], калий-натрий-гидроген цитратом, бикарбонатом калия, ацетазоламидом). При ХТИН дозу аллопуринола уменьшают по мере снижения КФ, а при выраженной ХПН он противопоказан. Аллопуринол усиливает эффект непрямых антикоагулянтов.



Урикозурические препараты корректируют гиперурикемию путём увеличения экскреции мочевой кислоты с мочой. Их применяют при бессимптомной гиперурикемии, подагрическом ХТИН. Эти препараты противопоказаны при гиперурикозурии, уратном нефролитиазе, ХПН. Чаще применяют пробенецид (начальная доза 0,5 г/сут), сульфинпиразон (0,1 г/сут), бензобромарон (0,1 г/сут). Возможна комбинация аллопуринола с бензобромароном или сульфинпиразоном. Урикозурическим эффектом обладает также лозартан.



Цитратные смеси (калий-натрий-гидроген цитрат, магурлит[®], блемарен[®]) корректируют метаболический ацидоз, повышают pH мочи до 6,5–7 и за счёт этого растворяют мелкие уратные конкременты. Показаны при уратном нефролитиазе. Калий-натрий-гидроген цитрат или магурлит[®] принимают до еды 3–4 раза в сутки (суточная дозировка 6–18 г). При лечении необходим постоянный контроль pH мочи, так как её резкое ощелачивание может привести к кристаллизации фосфатов. Цитратные смеси противопоказаны при ХПН, активном пиелонефрите, следует с осторожностью применять их при гипертензии (содержат много натрия). Цитратные смеси неэффективны при крупных конкрементах, когда показана дистанционная литотрипсия или пиелолитотомия

Антигипертензивные препараты. В задачи гипотензивной терапии при подагрической нефропатии входит обеспечение нефропротективного и кардиопротективного эффекта. При лечении не следует использовать препараты, задерживающие мочевую кислоту (тиазидные и петлевые диуретики), усугубляющие гиперлипидемию (неселективные β -адреноблокаторы). Препараты выбора — ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II и блокаторы кальциевых каналов.



Гиполипидемические препараты. Статины (ловастатин, флувастатин, правастатин) применяют у больных подагрой с уровнем ЛНП > 130 мг/дл. При комбинации статинов с ингибиторами АПФ происходит усиление гиполипидемического и гипотензивного эффектов, а также снижение риска смертности от острого инфаркта миокарда за счёт уменьшения концентрации в крови С-реактивного белка и замедления гипертрофии левого желудочка. Нефропротективный эффект статинов также возрастает при их сочетании с ингибиторами АПФ, снижая протеинурию и стабилизируя КФ.



Диетотерапия

Исключение алкоголя и уменьшение употребления в пищу продуктов, содержащих большое количество пуриновых оснований (мясо, рыба и продукты из них).



Диета №6

Показания к назначению. Подагра с суставными и внесуставными проявлениями (уратный нефролитиаз, подагрическая нефропатия без признаков почечной недостаточности); идиопатическая и симптоматическая гиперурикемия (за исключением вторичной гиперурикемии при ХПН).

Целевое назначение диеты. Способствовать нормализации пуринового обмена, снижению уровня мочевой кислоты в крови и увеличению ее выведения с мочой.

Общая характеристика диеты. Диета гипонатриевая, физиологически полноценная с нормальным суммарным содержанием белков, но со сниженной квотой животных белков, нормальным уровнем жиров и углеводов, с исключением продуктов, содержащих большое количество пуринов.

Режим питания. Дробный, 5-6 раз в день, в промежутках между приемами пищи питье.

Рекомендуемые продукты и блюда.

- ✓ Хлеб и мучные изделия. Хлеб пшеничный, ржаной вчерашней выпечки, различные хлебобулочные изделия. Ограничиваются изделия из слоеного и сдобного теста.
- ✓ Мясо и птица. Нежирные сорта, не более 1-2 раз в неделю, в отварном виде. Отваривание мяса и птицы ведет к переходу в бульон до 50% содержащихся в продуктах пуринов.
- ✓ Рыба. Нежирные сорта, 1-2 раза в неделю, в отварном виде.
- ✓ Молочные продукты. Молоко, молочные напитки, творог, блюда из него, сметана, неострый сыр.

✓ Яйца. Яйцо (1 шт. в день) в любой кулинарной обработке.

✓ Жиры. Сливочное, топленое, растительное масло.

Крупы. В умеренном количестве, любые.

✓ Овощи. Любые, в любой кулинарной обработке. Ограничивают соленые и маринованные овощи.

✓ Супы. Молочные, фруктовые, овощные (без гороха, бобов, щавеля).

Запрещаются.

Мясные копчености, мясные консервы, жирная, соленая, копченая рыба, рыбные консервы, мясные, рыбные, куриные, грибные бульоны, говяжий, свиной и кулинарный жир, бобовые, щавель, шпинат, цветная капуста, малина, инжир, шоколад, какао, крепкий чай и кофе.

ПРОГНОЗ

Уратный нефролитиаз и подагрический ХТИН обычно возникают на одном из этапов многолетнего течения хронической тофусной подагры с атаками подагрического артрита и характеризуются длительным течением. В 30–40% случаев нефропатия является первым признаком почечной «маски» подагры или развивается на фоне атипичного для подагры суставного синдрома (поражения крупных суставов, полиартрита, артралгий). Уратному нефролитиазу часто свойственно рецидивирующее течение с повторными эпизодами постренальной ОПН. Острой мочекислон нефропатии свойственно обратимое циклическое течение, типичное для ОПН, вызванной острой внутриканальцевой обструкцией

К факторам риска развития ХПН при подагре относят:

- стойкую артериальную гипертензию;
- протеинурию более 1 г/л;
- присоединение хронического пиелонефрита;
- старческий возраст больного подагрой.

От клинической манифестации подагрической нефропатии до развития ХПН проходит в среднем 12 лет.



Список литературы:



- 1. Абрамова Т.В. Нефрология . 2005; 9(2): 9-16.
- 2. Амосов А.В., Борисов В.В. Визуализирующие методы исследования. В: Тареева И.Е. (ред.) Нефрология: Руководство для врачей. М.: Медицина; 2000. 101-126.
- 3. Антипова Н.В., Морозова Е.Н., Трофимович Л.П. и соавт. Анализ нефробиопсии за 2006 год. Нефрол. и диализ. 2007; 3(9): 322.
- 4. www.urologov.ru
- 5. www.medicinarf.ru