Идиопатическая подагра

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M10.0 · Ассоциация ревматологов России

Подагра — хроническое аутовоспалительное заболевание, связанное с отложением кристаллов моноурата натрия у пациентов с гиперурикемией. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, купированию приступов, постоянной уратснижающей терапии до целевого уровня мочевой кислоты и ведению коморбидных состояний.

Главное

- Гиперурикемия — обязательный фактор риска подагры: она определяется при уровне мочевой кислоты выше 6,8 мг/дл (404 мкмоль/л), а образование кристаллов возможно и при уровне выше 6,0 мг/дл (360 мкмоль/л) при температуре 35 °C.
- Подтверждение подагры основано либо на обнаружении кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусе, либо на сумме клинических, лабораторных и инструментальных признаков; при результате 8 баллов и более заболевание может быть классифицировано как подагра.
- Одного повышенного уровня мочевой кислоты для диагноза недостаточно: во время приступа показатель может быть нормальным, а гиперурикемия не всегда приводит к развитию подагры.
- Уратснижающую терапию начинают сразу после постановки диагноза и продолжают неопределённо долго. Целевой уровень мочевой кислоты — менее 360 мкмоль/л (6 мг/дл), при тофусной подагре и хроническом артрите — менее 300 мкмоль/л.
- При нормальной функции почек препаратом первой линии для уратснижающей терапии является аллопуринол; при сниженной функции почек, особенно при СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м², препаратом выбора наряду с аллопуринолом является фебуксостат.
- Острый приступ лечат колхицином, НПВП или глюкокортикоидами; терапию следует начинать как можно раньше, поскольку колхицин наиболее эффективен при назначении в первые 12 часов.
- Выбор противовоспалительного препарата определяют с учётом сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП, сахарного диабета, язвенной болезни, инфекций, числа поражённых суставов и лекарственных взаимодействий.

Диагностика

1. Уточнить характер приступов: внезапное начало, достижение максимума боли и воспаления в течение 24 часов, поражение первого плюснефалангового или других суставов стоп, повторные эпизоды и продолжительность до 2 недель. Одного такого признака недостаточно для диагноза.
2. Осмотреть припухлость, гиперемию и функцию суставов, пропальпировать болезненные суставы, отдельно проверить типичные места тофусов — ушные раковины, первые пальцы стоп и локтевые суставы — и измерить их размеры. Одновременно определить ИМТ, измерить АД и оценить сопутствующие сердечно-сосудистые и почечные заболевания.
3. При подозрении на подагру выполнить пункцию синовиальной сумки сустава, при необходимости под контролем УЗИ, либо биопсию тофуса с поиском кристаллов моноурата натрия в поляризационном микроскопе. Это метод с очень высокой специфичностью и диагностический стандарт; отсутствие кристаллов не исключает подагру полностью.
4. Если артрита нет, исследовать ранее поражённый сустав в межприступный период: кристаллы можно обнаружить и в невоспалённом суставе, хотя вероятность выявления ниже.
5. При подозрении на септический артрит направить синовиальную жидкость на культуральное исследование даже при обнаружении кристаллов моноурата натрия.
6. Определить максимальный доступный уровень мочевой кислоты, но не использовать его отдельно для постановки диагноза. Дополнительно оценить общий анализ крови, СРБ, креатинин и СКФ, общий анализ мочи, глюкозу и HbA1c, липидный профиль.

7. Если поляризационная микроскопия недоступна, использовать совокупность клинических, лабораторных и лучевых признаков: УЗИ суставов с поиском двойного контура, рентгенографию стоп и/или кистей, а при недоступности УЗИ или сомнительном результате — двухэнергетическую КТ.

Лечение

- Всем пациентам необходимы четыре компонента лечения: купирование приступа, постоянная уратснижающая терапия, профилактика приступов при её начале и немедикаментозные меры с низкопуриновой диетой.
- Для купирования приступа первой линией служат колхицин, НПВП или глюкокортикоиды. При моноартрите крупного доступного сустава предпочтительны внутрисуставные глюкокортикоиды, при полиартрите или поражении труднодоступных суставов — системная терапия.
- Колхицин начинают как можно раньше: 1 мг в начале приступа, затем 0,5 мг через час, далее по 0,5 мг 2–3 раза в сутки в зависимости от тяжести. При диарее препарат уменьшают или отменяют; при нарушении функции почек и лекарственных взаимодействиях дозу уменьшают, а при сниженной функции печени колхицин не рекомендуют.
- Преднизолон или метилпреднизолон назначают в дозе 30–35 мг в сутки на 3–5 дней с последующим снижением и отменой в течение 10–14 дней. Глюкокортикоиды не рекомендуются при неконтролируемом сахарном диабете 2-го типа и высоких значениях АД.
- НПВП при приступе назначают внутрь в максимальной дозе: нимесулид 100 мг 2 раза в сутки, эторикоксиб 120 мг в сутки, диклофенак 75 мг 2 раза в сутки, ибупрофен 800 мг 3 раза в сутки, индометацин 50 мг 3–4 раза в сутки или кетопрофен 100 мг 2 раза в сутки. Их следует избегать при ХБП 4–5-й стадии или тяжёлых сердечно-сосудистых заболеваниях.
- Уратснижающую терапию начинают с аллопуринола 100 мг в сутки и повышают на 100 мг каждые 2–4 недели до достижения цели; при неэффективности максимальной дозы назначают фебуксостат 80–120 мг в сутки или 40 мг в сутки. Максимальная допустимая доза аллопуринола — 900 мг в сутки.
- В первые 6 месяцев уратснижающей терапии назначают профилактику приступов: колхицин 0,5–1,0 мг в сутки, НПВП или глюкокортикоид; возможные режимы включают напроксен 250 мг 2 раза в сутки, мелоксикам 7,5 мг в сутки или преднизолон 7,5 мг в сутки.
- При титровании аллопуринола или фебуксостата через 14–28 дней контролируют мочевую кислоту, АСТ, АЛТ и креатинин. После достижения цели мочевую кислоту проверяют не реже одного раза в 6 месяцев, а уратснижающую терапию продолжают неопределённо долго.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с клиническим подозрением на подагру или недифференцированным артритом направляют к ревматологу для уточнения диагноза и назначения лечения, особенно при сопутствующей патологии.
- Госпитализация показана, если диагноз невозможно установить амбулаторно, требуется дифференциальная диагностика и подбор терапии, имеется хронический подагрический артрит с сердечно-сосудистыми, обменными или почечными заболеваниями либо необходимо начать терапию ингибиторами ИЛ-1.
- К ортопеду-травматологу направляют при выраженном нарушении функции суставов стоп, кистей или коленей, тофусах, контрактурах, анкилозе или остеонекрозе, если требуется хирургическое лечение или ортезирование.
- Хирургическое удаление тофусов показано при компрессии нервных стволов с неврологической симптоматикой; эндопротезирование или артродез рассматривают при выраженных структурных изменениях, стойкой боли и нарушении функции после неэффективности уратснижающей терапии.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз подагры только по высокой мочевой кислоте?

Нет. Гиперурикемия — обязательный фактор риска, но не самостоятельное подтверждение диагноза; во время приступа уровень мочевой кислоты также может быть нормальным.

Какой метод наиболее надёжен для подтверждения подагры?

Обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или содержимом тофуса при поляризационной микроскопии. Если поляризационная микроскопия недоступна, используют совокупность клинических, лабораторных и инструментальных критериев.

Каковы целевые значения мочевой кислоты?

Для всех пациентов цель — менее 360 мкмоль/л (6 мг/дл). При тофусной подагре и хроническом артрите — менее 300 мкмоль/л.

С чего начать уратснижающую терапию?

При нормальной функции почек — с аллопуринола 100 мг в сутки с повышением дозы на 100 мг каждые 2–4 недели до достижения цели. При неэффективности максимальной дозы используют фебуксостат 80–120 мг или 40 мг в сутки; при сниженной функции почек фебуксостат является препаратом выбора наряду с аллопуринолом.

Что назначать для профилактики приступов при начале уратснижающей терапии?

В первые 6 месяцев используют низкие дозы колхицина 0,5–1,0 мг в сутки, НПВП или глюкокортикоид. Уровень мочевой кислоты, АСТ, АЛТ и креатинин после назначения или изменения уратснижающей терапии контролируют через 14–28 дней.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/936-idiopaticheskaya-podagra. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/936_1