

ГИХТ - ДИЈАГНОСТИКА И ТЕРАПИЈА - приказ случаја

Петковић З.¹, Мирковић М.²

¹Интерна клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Клиника за очне болести, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

GOUT - DIAGNOSTIC AND THERAPY - case report

Петковић З.¹, Мирковић М.²

¹Internal clinic, Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

²Clinic for eye diseases, Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Gout is a metabolic arthropathy caused by abnormal deposition of crystal histological they are urats (salts) of mononatrium in the joints and periarticular connective tissue. In 70% cases, decreased renal function in urats' excretion is responsible for hyperuricaemia. The other causes are mostly metabolic: increased (take in) of food wich contains mostly meat (purins) and increased synthesis of purin due to defective enzyme system (i.e. Lesch-Nyhan Sy).

Key words: Gout, Joint, Crystal, Therapy.

САЖЕТАК

Гихт је последица депоновања кристала моно-натријум урата у зглобовима и у периартикуларном везивном ткиву. У 70% случајева хиперурикемије су усроковане смањеном бубрежном екскрецијом урата, У метаболичке узроке хиперурикемије спадају повећани унос хране која садржи много пурина (месо), и појачана синтеза пурина узрокована дефектима неких ензима који учествују у метаболизму пурина (нпр. Lesch-Nyhan Sy).

Кључне речи: Гихт, Зглоб, Кристал, Терапија.

УВОД

Гихт је метаболичка артропатија која се у почетку, у акутном стадијуму, карактерише понављањем нападама бурног артритиса због присуства кристала урата у синовијској течности а касније, у хроничном стадијуму, честим стварањем наслага урата "тофа" у зглобовима и око њих, у бубрезима и другим ткивима, али и лезијама бубрега и уролитијазом. Обољење настаје због трајног високог нивоа мокраћне киселине у крви, чији узрок може бити повећано стварање мокраћне киселине и смањено али релативно недовољно излучивање (8).

Патогенеза гихтичког артритиса је типичан пример тзв. "кристалног синовитиса". Најпре долази до преципитације кристала мононатријум-урата у синовијској течности, које затим фагоцитишу гранулоцити. При томе гранулоцити стварају млечну киселину у анаеробном метаболизму гликозе, што смањује рН зглобова и изазива још већу преципитацију кристала, а ова фагоцитишу, тако да се ствара зачарани круг. Претпоставља се да кристали активишу и Хагеманов фактор и хемолитичке факторе комплемента, што у крајњој линији доводи до повећања пермеабилности крвних судова и привлачења леукоцита кристалима.

Сигуран доказ гихта је налаз кристала мононатријум урата у синовијској течности. Међутим пошто се артритис најчешће јавља на ножном палцу или неком другом зглобу стопала из којих је тешко добити сино-

вијску течност, у постављању дијагнозе помоћи ће карактеристична клиничка слика и налаз повишене вредности мокраћне киселине у крви и урину. Arthritis urica (Гихт) је обољење зглобова, код кога постоји повећање мокраћне киселине у серуму изнад 446 mmol/L код мушкараца и 336 mmol/L код жена.

Нуклеопротеиди су састављени од протеина нуклеинских киселина. Разградњом ових киселина ствара се аденилна и гуанилна киселина, хидролизом ових двеју настају пурин-гуанин и аденин. Разградњом ових настаје ксантин, а ксантин прелази у мокраћну киселину (4).

Болест најчешће почиње ноћу или пред зору, нагло и бурно, отоком и јаким боловима, љубичасто-модрикастом кожом у пределу метатарзофалангног зглоба палца, нарочито после масног оброка или трауме, где се јавља леукоцитоза и умерено повишена СЕ. Артритис траје неколико дана, ређе дуже, интеркритични период је различите дужине. Код неких болесника се никада не понављају слични симптоми (7).

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се прикажу клиничке одлике и лабораторијске особености болесника са гихтом, као и начин лечења. Поред основних симптома и знакова гих-

та болесник је обрађен и због удружености почетка болести са прекомерном употребом алкохола.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Болесник Н.Д. из Штрпца, стар 64 године, пензионер, долази на преглед због болова и отока у лактовима, коленима и стопалима. Болест је почела пре више година, нагло појавом болова, отока и црвенила у пределу десног стопала: болови и оток су били присутни неколико недеља. Око 6 месеци после повлачења тегоба, бол, оток и црвенило се јављају на палцу левог стопала. Постепено је дошло до стварања беличастих тумефакција на местима црвенила и отока. Пацијент је лечен нестероидним антиреуматикама. Од пре 10 година има повишене вредности крвног притиска (максималне вредности 190/100 mmHG). Од пре годину дана замара се и има осећај малаксалости, иначе више година конзумира алкохол у већим количинама.

Прегледом се запажа да је пацијент средње развијен, гојазан, афебрилан, ацијанотичан, еупноичан, одаје утисак тежег босеника. Глава и врат: б.о. На плућима перкуторно јасан плућни звук, аускултаторно везикуларно дисање, са ретким нискотонским звиждуцима. Акција срца ритмична, тонови тиши, акцентован други тон, ТА 170/100 mmHG, пулс 80 у минути. Абдомен изнад равни грудног коша, палпаторно мек и осетљив испод десног ребарног лика. Јетра увећана за два прста, слезина се не палира. Екстремитети: тофи на палцу левог и на петом прсту десног стопала.

Лабораторијске анализе: SE 29., Ег 3,9., Le 7,8., тромбоцити 210x10., У леукоцитарној формули без одступања од нормалних налаза. Реуматоидни фактор (Waalер-Rose i Latex) негативан. Ц-реактивни протеин негативан. Холестерол 5,8 mmol/L, гликемија 4,8 mmol/L, креатинин 78 mmol/L, уреа 5,9 mmol/L, серумски урати 440,2mmol/L, урати у урину 10,6mmol/L, диуреза 1200ml. Налаз у урину нормалан.

Радиолошки налаз: РА снимци стопала-масивни интраартикуларни тофи на метатарзофалангеалним зглобовима палца обострано, израженије десно, са прекидом континуитета и проширења базе проксималне фаланге палца. Ерозивне промене на телу проксималне фаланге палца лево, дегенеративне промене на интерфалангеалном зглобу палца обострано.

ДИСКУСИЈА

По подацима из литературе гихт је чешћи у мушкараца него у жена и 85%-90% болесника су мушкарци. Наш болесник је био мушкарац стар 64 године. Највише болују добро ухрањени мушкарци средње животног доба. Гихт се врло ретко јавља пре пубертета, а жена обично после менопаузе.

На учесталост јављања гихта, поред генетских чинилаца, утичу и начин исхране и спољни чиниоци. Гихт је постао врло ретка болест, за време I и II светског рата, када је у исхрани било мало протеина и пурина а вратио се на своју предратну учесталост када се исхрана нормализовала, после рата. Данас сваки 4. или 5. становник у развијеним земљама има гихт.

Артралгија и промене на зглобовима јављају се у поодмаклој фази болести а код врло малог броја болесника дешава се да се никада више не понављају. Код нашег болесника ове промене су се поново јавиле након 6 месеци и то врло драматично.

ЗАКЉУЧАК

Обрађен је и приказан болесник са драматичном клиничком сликом хроночног уричног артритиса. И поред тежине адекватног приступа, успешно је обрађен уз примену нестероидних антиреуматика, најпре парентерално а касније и перорално и са постепеном медикацијом урикоинхибитором Алопуринолом. Уз медикаментозну терапију примењена је и дијета са смањеним уносом пурина у исхрани.

Осим медикаментозне терапије и хигијенско-дијететског режима примењени су и основни савети о лечењу гихта по И. Јајићу:

- Апсолутно мировање упаљеног зглоба
- Криоблоге, температуре испод 10°C више пута на дан по 5 минута, прва 24 h.

- Нестероидни антиреуматизици у максималним дозама у трајању од 3 до 5 дана.

Кортикостероидна интраартикуларна терапија у дози од 20-40 мг (ређе се користила).

ЛИТЕРАТУРА

1. Abstracts of the XIV International Congress of Rheumatology, San Francisco, 1997.
2. Konečni, J., u Stefanović i sar.: Specijalna klinička fiziologija, Med. knjiga, Beograd-Zagreb, 11 izd.
3. Jajić I. Klinička reumatologija, škols. knjiga, Zagreb, 1982 g.
4. Emery P.: The Roche Rheumatology Prize Lecture. The optimum management of early arthritis. The key to preventing disability. Br J Rheumatology 1994., 33: 765-768.
5. Sprovočnik po revmatologiji, medicina, Moskva 1995.
6. Jablanović D.: Metode vizualizacije u reumatologiji, Balneoklimatologija; 2001: 11.
7. Ristić M., Zgradić I.: Reumatologija za praksu, biblioteka, MAR. Beograd, 2004.
8. Manojlović D.: Interna medicina II, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1999.
9. Varagić V., Milošević M.: Farmakologija, ELIT- Medica, Beograd, 1999.