Rehabilitacja w przebiegu dny moczanowej

FORUM

Spis treści

Rehabilitacja w przebiegu dny moczanowej **5**

Hiperurykemia 7

Podział i postacie dny moczanowej 9

Czynniki ryzyka dny 10

Objawy kliniczne dny moczanowej 10

Rozpoznanie dny 13

Różnicowanie 13

Badania radiologiczne 15

Leczenie dny moczanowej 16

Leczenie farmakologiczne 16

Postępowanie dietetyczne 18

Rehabilitacja stosowana w leczeniu dny moczanowej 19

Piśmiennictwo 26

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.

Rehabilitacja w przebiegu dny moczanowej

Obecnie przyjmuje się, że w Europie około 0,3% ludności cierpi na dnę moczanową. Choroba dotyczy 2% populacji po 40. roku życia, występuje zdecydowanie częściej u mężczyzn niż kobiet, które są chronione przez estrogeny do czasu menopauzy. Zachorowalność kobiet rośnie zwykle po menopauzie, gdy organizm przestaje wytwarzać ochronne hormony. Dna zazwyczaj ujawnia się u osób prowadzących niezdrowy styl życia, o mocnej budowie i towarzyszy często chorobom cywilizacyjnym.

Czaraktery-styka dny moczanowej

Dna moczanowa (łac. *arthritis urica*, ang. *gout*) zwana także skazą moczanową lub artretyzmem zaliczana jest do grupy chorób reumatycznych. Jest to rodzaj zapalenia stawów, którego przyczyną jest tworzenie złogów krystalicznych w tkankach oraz niszczenie chrząstki i kości. Substancje krystaliczne powstające w organizmie przyczyniające się do wystąpienia wymienionych zjawisk to najczęściej: moczan sodu, pirofosforan wapnia i hydroksyapatyt, które są produktem przemiany materii, a dokładniej rozkładu puryn. Kryształki kwasu moczowego wytrącają się nie tylko w płynie stawowym, ale także w innych tkankach, szczególnie słabo ukrwionych, wywołując stan zapalny, który z biegiem czasu może prowadzić do choroby zwyrodnieniowej. Choroba ta niestety nie dotyczy tylko stawów, lecz w późniejszym okresie uszkadza inne układy i narządy, takie jak nerki, serce, naczynia krwionośne i oczy. Bardzo często chorobie tej towarzyszy nadciśnienie tętnicze, zwiększony poziom cholesterolu we krwi, choroby oczu, cukrzyca oraz choroby nerek.

Przyczyny

Przyczyny choroby nie były znane przez wiele wieków, aczkolwiek sama dna moczanowa należy do najwcześniej opisywanych w literaturze chorób, a kolchicyna stosowana w jej leczeniu jest jednym z najstarszych leków.

Samo wystąpienie napadu dny jest dość niejasne, gdyż odkładanie moczanów i tworzenie guzków dnawych przebiega zwykle bezbólowo, po czym nagle, bez uchwytnej przyczyny powstaje gwałtowny ból. Momentem wyzwalającym jest prawdopodobnie nadmierna podaż puryn, powodująca wskutek rozpadu zwiększenie

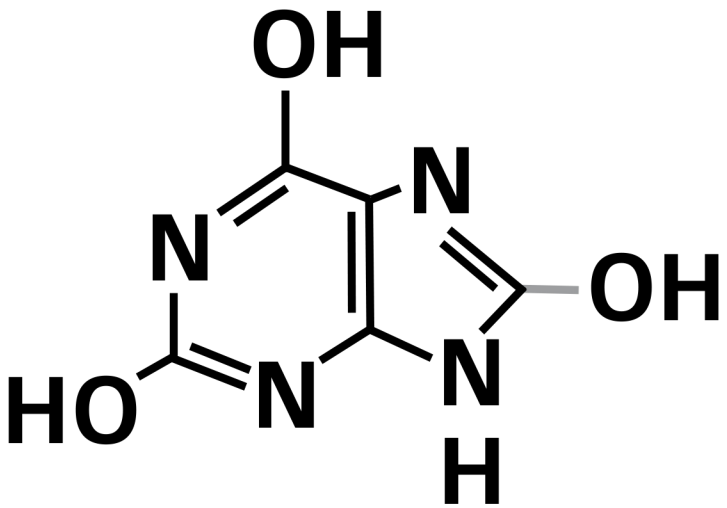
Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.

stężenia moczanów we krwi, występującego zwykle na początku napadu dny, przy jednoczesnym zmniejszonym wydalaniu moczanów z moczem. Z chwilą ustępowania napadu poziom moczanów we krwi ulega zmniejszeniu, a wydalanie z moczem gwałtownemu zwiększeniu.

Ostry napad dny – przyczyny

Proces zapalny w stawie wywołany przez obecność kryształów może mieć charakter ostry lub przewlekły. Ostry napad dny moczanowej może być wywołany przez różne czynniki: zbyt obfite odżywianie bogate w puryny, długotrwałe głodówki, niektóre leki, duży wysiłek fizyczny, stres, nagłe zmiany temperatury. Napad rozpoczyna się nagle, zwykle nad ranem i jest tak dotkliwy, że budzi chorego ze snu. Pojawia się obrzęk stawu, a skóra w okolicy jest zaczerwieniona z miejscowo podwyższoną temperaturą. Dna objawia się bardzo silnymi bólami, miejscowym podniesieniem temperatury, obrzękiem i zaczerwienieniem jednego lub kilku stawów. Najczęściej rozpoczyna się od stawu śródstopno-paliczkowego palucha (podagra) i raczej nie dotyczy obu takich samych stawów równocześnie, a kolejno zajmuje staw kolanowy po stronie przeciwnej.

Złogi kryształów odkładają się w chrząstkach, skupiając się w tak zwane guzki dnawe. Guzki mogą umiejscawiać się na małżowinie usznej i w okolicach różnych stawów, ograniczając lub całkowicie znosząc ruch w zajętym stawie. Złogi na powierzchniach stawowych podczas wykonywanych ruchów zachowują się jak papier ścierny, niszcząc je, a następnie prowadzą do destrukcji części chrzęstnych zniekształceń nasad kostnych i znacznych zniekształceń kości. Złogi stają się ponadto przyczyną przewlekłego stanu zapalnego błony maziowej, torebki włóknistej i ścięgien. W nerkach najwcześniejszą zmianą jest uszkodzenie kanalików oraz stward-



Rys. 1. Cząsteczka kwasu moczowego

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.

nienie naczyń kłębuszków z pogrubieniem błony podstawnej. W drogach moczowych powstają często złogi moczanowe, powodując kamice. Częste są wczesne zmiany miażdżycowe w obrębie serca i naczyń. W blaszkach miażdżycowych w dużych naczyniach występują oprócz złogów cholesterolu kryształy moczany sodu.

Napady dny moczanowej pojawiają się z różną częstotliwością. Po upływie kilku lat od pierwszego napadu, głównie u chorych nieleczonych, może dojść do przewlekłego zapalenia wielu stawów, a powstające guzki dnawe mogą ograniczyć ruchomość lub całkowicie unieruchomić pacjenta. Choroba ta dotyczy głównie pacjentów w starszym wieku, więc odpowiednia profilaktyka i świadomość tej choroby ma dla pacjenta ogromne znaczenie.

Chorzy na dnę moczanową zwykle mają również problemy z powodu chorób współistniejących, takich jak kamica nerkowa, nadciśnienie, miażdżyca oraz schorzenia natury psychicznej, bywają drażliwi, mają zmienne nastroje i tendencję do stanów depresyjnych.

Hiperurykemia

Stan, w którym stwierdza się zwiększone stężenie kwasu moczowego w surowicy, nosi nazwę hiperurykemii. Może on wyprzedzać znacznie objawy kliniczne dny moczanowej. Hiperurykemia i dna mogą mieć charakter pierwotny lub wtórny.

Czym jest hiperurykemia

U chorych na dnę pierwotną w około 90% przypadków hiperurykemia zależy od upośledzenia wydalania kwasu moczowego przez nerki, a tylko w 10% przypadków związana jest z jego wytwarzaniem. Zmniejszone wydalanie może być wynikiem osłabionej filtracji kłębuszkowej, zwiększonej resorpcji lub obniżonej sekrecji. Nadmierne wytwarzanie kwasu moczowego jest wynikiem zwiększonej biosyntezy puryn, uwarunkowanej najczęściej trzema dotychczas poznanymi defektami:

- niedobór fosforybozylotransferazy hipoksantyno-guaninowej (HG PRT),
- zwiększona aktywność syntetazy fosforybozylo-pirofosforanu (PRPP),
- niedobór fosfatazy glukozo-6-fosforanu.

Hiperurykemia i dna wtórna mogą być również skutkiem zmian patologicznych w nowotworach złośliwych, niedokrwistości hemolitycznej, zawale serca, u palaczy, w niewydolności oddechowej, padaczce, przy nadużywaniu alkoholu, a także przy nadmiernym wysiłku fizycznym. Hiperurykemię powodują niektóre leki, szczególnie związki tiazydowe, cyklosporyna, a także salicylany. Przyczyną wtórnej hiperurykemii i dny może być wreszcie nadmierna podaż

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.