

Тема 17 – Подагра
(4 години практичне заняття)

Місце

Навчальна кімната, відділення ревматології.

Мета

Знати:

Основні клінічні ознаки подагри з розбором етіології та патогенезу хвороби, фізикальні зміни, методи діагностики та проведення диференційної діагностики з захворюваннями, які супроводжуються суглобовим синдромом та ушкодженням нирок, а також сучасні принципи профілактики та лікування цієї хвороби.

Професійна орієнтація студентів

Подагра – найпоширеніша форма запалення суглобів, частота захворюваності становить 0,9–2,5% серед населення країн Європи. Більшість пацієнтів є чоловіками. Захворювання спричинене тривалою гіперурикемією, що призводить до відкладення кристалів моноурату натрію, які накопичуються в суглобах та інших тканинах. Незважаючи на ефективні методи лікування, подагру досі не завжди вчасно діагностують, а лікування пацієнтів розпочинають пізно.

Базовий рівень знань та вмінь

№	Дисципліна	Знати	Вміти
1.	Анатомія	Анатомічну будову суглобів і внутрішніх органів.	Використовувати знання для адекватної оцінки клінічних параметрів.
2.	Гістологія	Будову і функціонування хрящової, кісткової тканини, нирок.	Виявляти вірогідні патологічні зміни тканин при захворюваннях людини та вікових змінах.
3.	Біохімія	Основи обміну білків. Шляхи утворення і виведення сечової кислоти.	Оцінити зміни біохімічних показників при лабораторних обстеженнях.
4.	Патофізіологія	Патогенез порушень функцій опорно-рухового апарату та внутрішніх органів при негативному впливі ендогенних та екзогенних факторів.	Виявляти клінічні ознаки різних видів порушень.
5.	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику порушень функцій опорно-рухового апарату, серцево-судинної, сечовидільної та ін. систем людини	Проводити опитування хворого (скарги, анамнез захворювання), фізикальне обстеження, оцінку лабораторних та

			інструментальних методів досліджень.
--	--	--	--------------------------------------

План проведення практичного заняття

№	Елементи практичних занять	Час (хвилини)
1.	Перевірка присутніх	5
2.	Вхідний контроль та його аналіз	15
3. *	Розподіл хворих для курації (або клінічних карт-задач)	10
4. *	Огляд хворих або вивчення учбової історії хвороби	40
5.	Обговорення одержаних даних, формулювання попереднього діагнозу, визначення методів додаткового обстеження хворого, трактування їх результатів, формулювання заключного діагнозу і плану лікування	50
6.	Вправи з клінічної рецептури, розв'язування клінічних ситуаційних задач	20
7.	Вихідний контроль знань та його оцінка	15
8.	Підсумки та підсумкова оцінка знань та вмінь студентів та завдання до самостійної підготовки до наступного заняття	5

Примітка: * – при відсутності у клініці хворих для курації практичну частину можна провести у вигляді складання та рішення ситуаційних задач.

Перелік теоретичних питань, які розглядаються на занятті

1. Визначення терміну «Подагра».
2. Етіологія і патогенез подагри.
3. Класифікація подагри.
4. Клінічні ознаки та симптоми даного захворювання.
5. Критерії діагностики.
6. Методи діагностики.
7. Проведення диференційної діагностики з системними захворюваннями сполучної тканини, септичним артритом та іншими кристалічними артропатіями.
8. Принципи лікування хворих з різними варіантами подагри.
9. Ускладнення подагри, прогноз та працездатність хворих на подагру.
10. Профілактика подагри.

Методика проведення практичного заняття

На першому занятті викладач проводить інструктаж з техніки безпеки (якщо є такі умови), який відзначається в журналі викладача підписом студента.
Після перевірки присутніх викладач проводить письмовий вхідний контроль базових знань (додається набір з 15 тестів відповідно до кількості студентів: на десяток, підгрупу, групу). (Додаток 1 до методичної розробки і трафарети для перевірки правильних відповідей).
Далі викладач проводить розподіл студентів для курації хворих та визначає їх завдання.

№	Завдання	Вказівки викладача студентам	Примітка викладача для студентів
1.	Провести курацію хворого з діагнозом подагра, оцінити результати обстеження, написати клінічний діагноз, план обстеження та лікування (з випискою рецептів)	У ході обстеження виявити: 1. Ознаки ураження шкіри, суглобів, та внутрішніх органів (клінічні). 2. Характерні зміни для подагри при лабораторних та інструментальних методах дослідження. Знати додаткові дослідження для проведення диференційної діагностики при моносуглобовому ураженні.	Звернути особливу увагу на: • термін існування виявлених скарг і об'єктивних даних, • перебіг захворювання, якість терапії на попередніх етапах лікування, • термін появи змін при лабораторних та інструментальних дослідженнях

Викладач працює згідно з планом організації заняття, наприкінці проводить вихідний контроль знань. Набір матеріалів для вихідного контролю додається (ситуаційні та клінічні задачі, рентгенівські знімки, тести та ін.). (Додаток 2 з еталонами вірних відповідей).

Перед закінченням заняття викладач підводить його підсумки з оцінкою кожного студента та оголошує тему наступного заняття.

Ілюстративний матеріал

1. Таблиці та слайди з класифікацією подагри, патогенезом захворювання, критеріями діагностики.
2. Навчальні історії хвороби.
3. Набір рентгенограм, УЗД нирок, аналізів зі змінами відповідно темі заняття.
4. Набір тестів та клінічних ситуаційних задач.

Форми і методи самоконтролю

Тестові завдання

(Додаток 1)

Ситуаційні задачі

1. Другого січня чоловік 42 років скаржиться на гострий, пульсуючий та сильний біль в плеснофаланговому суглобі лівої стопи, який підсилюється при найменшому русі. Захворювання почалося раптово, вранці, серед повного здоров'я. Пацієнт за фахом програміст. Об-но: індекс маси тіла – 31 кг/м². АТ – 130/80 мм рт.ст. Температура тіла – 37,5°C. Суглоб збільшений в розмірі за рахунок набряку, почервоніння. Температури шкіри над ним підвищена. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Аналіз крові: лейкоцити - $10,5 \times 10^9$, сечова кислота – 490 мкмоль/л. Сформулюйте попередній діагноз. Складіть план обстеження і лікування.

2. Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на гострий біль у правому ліктьовому суглобі, обмеження руху в ньому. За останні 3 роки було 5 нападів запалення першого плеснофалангового суглобу правої стопи. Після терапії із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) все повністю проходило. Часто застуджується. Півроку тому була ниркова коліка. Об-но: вага пацієнта – 98 кг, зріст – 178 см. Припухлість ураженого суглоба, почервоніння і підвищення температури шкіри над ним. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритм правильний. ЧСС – 84 за хвилину. АТ – 150/90 мм рт.ст. Живіт – м'який, безболісний. Печінка виступає на 2 см з-під реберної дуги; край м'який, безболісний. Селезінка не збільшена. Область нирок візуально не змінена. ЕКГ: ритм синусовий. Лейкоцити – $10,1 \times 10^9$, ШОЕ – 30 мм/год. Сечова кислота – 560 мкмоль/л, креатинін – 98 мкмоль/л, сечовина – 6,2 ммоль/л, АСЛ «0» – 83 Од., ревматоїдний фактор у низькому титрі. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1013, реакція – нейтральна, білок – 0,6 г/л, еритроцити – 2-4 в полі зору, лейкоцити – 6-10 в полі зору, кристали сечової кислоти. При УЗД нирок виявлено одиничні мікроліти. Сформулюйте попередній діагноз. Складіть з обґрунтуванням план обстеження і лікування.

Джерела інформації

Основні:

1. Основи внутрішньої медицини / за ред. В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Нова книга. - 2009. – Т.2. – 976 с.
2. Національний підручник з ревматології. - 2013. - Національний підручник з ревматології / За ред. ВМ Коваленка, НМ Шуби.-К.: МОРІОН. 2013.-672 с.
3. Внутрішні хвороби: підручник, заснований на принципах доказової медицини : 2018/19 / Polish institute for Evidence Based Medicine (PIEMB) / Польський ін-т доказової медицини; кер. проекту А. Кубец ; гол. ред. А. Яремчук-Качмарчик ; гол. ред. [розділів]: А. С. Свінціцький, П. Гаєвські. - Краків : Практична медицина / Medycyna praktyczna, 2018. - 1632 с.: граф., табл.; 19x11 см. - Відп. ред. розділів: с. 4-5. Автори: с. 6-8. - ISBN 978-83-7430-567-9 :

Додаткові:

1. Внутрішні хвороби: Підручник/за ред. І.М. Ганджи, В.М.Коваленко. – К.:Здоров'я, 2002. – 992 с.
2. Ревматичні хвороби: номенклатура, класифікація, стандарти діагностики та лікування / під ред. В.Н. Коваленко, Н.М. Шуби. - ТОВ «Катран груп». - 2008. - 256 с.
3. Рациональна діагностика та фармакотерапія захворювань внутрішніх органів. Сімейний лікар. Терапевт (том 2) / під ред. А.Я. Бабака. - К.; Здоров'я України, 2011.- 451 с.
4. EULAR https://www.eular.org/recommendations_management.cfm.

Програма самопідготовки студентів до теми

Вивчити:

- Основні положення етіопатогенезу, класифікацію, сучасні методи діагностики і лікування подагри

Вміти:

- Проводити клінічний огляд, складати план обстеження хворих з подагрою, сформулювати попередній діагноз і визначити тактику лікування та тривалість.
- Проводити диференційну діагностику, особливо при артриті I плеснофалангового суглобу із захворюваннями: реактивними артритами, системними захворюваннями сполучної тканини, псоріатичним артритом та ін.

Додаток 1**Вхідний контроль**

1. Що є типовим клінічним проявом подагри:

- A. Артеріальна гіпертензія.
- B. Жировий гепатоз.
- C. Спондиліт.
- D. Тофуси.
- E. Шкіряний васкуліт.

2. Для лікування подагри використовують:

- A. Алопуринол.
- B. Всі перераховані вище препарати.
- C. Глюкокортикостероїди.
- D. Колхіцин.
- E. НПЗП.

3. Клінічні прояви хронічної подагричної (уратної) нефропатії включають:

- A. Помірну й непостійну альбумінурію.
- B. Артеріальну гіпертензію I ступеню.
- C. Нефросклероз із тяжкою артеріальною гіпертензією.
- D. Порушення функції нирок.
- E. Всі твердження правильні.

4. Які суглоби найчастіше уражаються при подагрі?

- A. Гомілковостопні суглоби.
- B. Колінні суглоби.
- C. Ліктьові суглоби.
- D. Перший плеснофаланговий суглоб стопи.
- E. Проксимальні міжфалангові суглоби кистей і стоп.

5. Оберіть вірну послідовність клінічних стадій подагри:

- A. Гострий подагричний артрит, міжнападна (інтервальна) подагра, хронічний подагричний артрит, хронічний тофусний артрит.
- B. Гострий подагричний артрит, міжнападна (інтервальна) подагра, ремісія.
- C. Гострий подагричний артрит, міжнападна (інтервальна) подагра, рецидив артрити.
- D. Міжнападна (інтервальна) подагра, гострий подагричний артрит, рецидив артрити.
- E. Ремісія, хронічний тофусний артрит, рецидив артрити.

6. Подагра супроводжується розвитком:

- A. Вторинного остеоартрозу.
- B. Анкілозуючого спонділоартрити.

- C. Неспецифічного виразкового коліту.
- D. Гранульоматозу з поліангіїтом.
- E. Хвороби Крона.

7. Фактори, що провокують розвиток гострого подагричного артрити:
- A. Алкоголь.
 - B. Всі перераховані.
 - C. Ожиріння.
 - D. Вживання ацетилсаліцилової кислоти (низькі дози).
 - E. Вроджені дефекти ферментів, що беруть участь у метаболізмі уратів.

8. Для гострого подагричного артрити нехарактерно:
- A. Гіперемія шкіри над запаленим суглобом.
 - B. Запалення суглоба, досягає максимуму в 1-й день хвороби.
 - C. Однорічне ураження першого плеснофалангового суглоба.
 - D. Ранкова скутість в суглобах.
 - E. Хворобливість при пальпації ураженого суглоба.

9. Для підтвердження діагнозу хронічної подагри найбільше відповідає:
- A. Дослідження рівня С-реактивного протеїну.
 - B. Загальний аналіз крові.
 - C. Загальний аналіз сечі.
 - D. Визначення ревматоїдного фактору.
 - E. Рентгенологічне дослідження суглобів.

10. До урікодепресантів відносяться:
- A. Фебуксостат.
 - B. Ацетилсаліцилова кислота.
 - C. Гіпотіазид.
 - D. Глюкозоаміносультат.
 - E. Преднізолон.

11. Внаслідок якого захворювання може виникнути вторинна подагра?
- A. Гіпертонічна хвороба.
 - B. Гостра ревматична лихоманка.
 - C. Гострий холецистит.
 - D. Хронічний коліт.
 - E. Хронічний мієлолейкоз.

12. Оберіть правильне твердження про подагру:
- A. Виразність подагричних нападів корелює з концентрацією сечової кислоти в крові.
 - B. У період подагричних нападів не характерна лихоманка.
 - C. Дія алопуринолу полягає в посиленні екскреції сечової кислоти.
 - D. Пік захворюваності на подагру припадає на 25-35 років.
 - E. Чоловіки і жінки хворіють з однаковою частотою.

13. Виберіть правильне твердження щодо концентрації сечової кислоти в сироватці крові:
- A. Більш високий рівень у чоловіків, ніж у жінок.
 - B. Більш високий рівень у жінок, ніж у чоловіків.
 - C. Рівень не залежить від статі.
 - D. Рівень не змінюється при лікуванні алопуринолом.
 - E. Рівень не змінюється при лікуванні пробенецидом.

14. Оберіть причину, здатну провокувати загострення подагри:

- A. Лікування тiazидними діуретиками.
- B. Використання НПЗП.
- C. Прийом антагоністів кальцію.
- D. Терапія колхицином.
- E. Застосування глюкокортикоїдів.

15. Які з наступних препаратів підсилюють ниркову екскрецію сечової кислоти?

- A. Алопуринол.
- B. Нікотинова кислота.
- C. Цитостатики.
- D. Фебуксостат.
- E. Пробенецид.

Вихідний контроль

1. При лікуванні артеріальної гіпертензії у хворих на подагру не слід призначати:

- A. Кардіоселективні β -адреноблокатори.
- B. Лерканідипін.
- C. Лозартан
- D. Фізотенз
- E. Тiazидні діуртики.

2. Тофуси представляють собою відкладення в тканинах кристалів:

- A. Гідроксиапатиту кальцію.
- B. Оксалатів кальцію.
- C. Пірофосфатів кальцію.
- D. Сечовини.
- E. Уратів натрію.

3. Вкажіть цільовий рівень сечової кислоти при хронічному тофусному артриті.

- A. < 3 мг/дл (180 ммоль/л)
- B. ≤ 5 мг/дл (300 ммоль/л)
- C. ≤ 6 мг/дл (360 ммоль/л)
- D. 6,8 мг/дл (400 ммоль/л)
- E. > 7 мг/дл (420 ммоль/л)

4. Найбільш часта локалізація тофусів:

- A. Волосиста частина голови.
- B. В області променезап'ясткових суглобів.
- C. В області плечових суглобів.
- D. На повіках.
- E. В області грудинно-ключичного зчленування.

5. Які зміни в клінічному аналізі крові може спостерігатися при гострому подагричному артриті?

- A. Анемія.
- B. Еозінофілія.
- C. Лейкоцитоз.
- D. Лейкопенія.
- E. Тромбоцитоз.

6. Які особливості клінічного перебігу подагри у жінок?

- A. Всі твердження правильні.
- B. Рівень сечової кислоти в сироватці крові підвищується в період менопаузи.
- C. Початок захворювання в більш молодому віці.
- D. Відсутність утворення тофусів.
- E. У більшості випадків у дебюті захворювання ушкоджуються суглоби стоп.

7. Найбільш типові рентгенологічні зміни при подагрі:

- A. Внутрішні кісткові кистовидні просвітління.
- B. Кальцифікація хряща.
- C. Кісткові анкілози.
- D. Остеофіти.
- E. Розширення суглобових щілин.

8. Подагра найбільш часто поєднується з:

- A. Артеріальною гіпертензією.
- B. Ревматоїдним артритом.
- C. Аутоімунним тиреоїдитом.
- D. Хронічним обструктивним захворюванням легень.
- E. Виразкою шлунка.

9. У перші дні на тлі лікування алопуринолом є ймовірність розвитку гострої подагричної атаки. Для профілактики загострень призначають:

- A. Глюкокортикостероїди.
- B. Діуретики.
- C. НПЗП в низьких дозах.
- D. Хондропротектори.
- E. Цитостатики.

10. Які продукти слід виключити з раціону хворого на подагру?

- A. Крупи.
- B. Овочі.
- C. Молочні продукти.
- D. Печінка, нирки.
- E. Фрукти.