**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРаЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  зав.каф.поликлинической  терапии с курсом ИДПО  д.м.н., профессор Волевач Л.В.  «31» августа 2018г. |

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: Лечебное дело

Семестр: 11 ­­­­­­­­­Курс: 6

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«Суставной синдром. Подагра в практике терапевта поликлиники»**

Методические указания

для студентов к контактной работе

Уфа – 2018 г.

Тема практического занятия:«Суставной синдром. Подагра в практике терапевта поликлиники»всоответствии с ФГОС ВО(2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2018 г. ректором Павловым В.Н.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой факультетской терапии Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х

Авторы: проф. Волевач Л.В., проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. КурамшинаО.А.,доц. Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании №1кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО «31» августа 2018 г. протокол № 1.

**«Суставной синдром. Подагра в практике терапевта поликлиники»**

**1**. **Тема и ее актуальность**: В последние годы наблюдается рост микрокристаллических артропатий. Заболеваемость подагрой выросла в 2 и более раз.Заболеваемость подагрой в разных**,** регионах мира колеблется от 0,1 до *2%,* а у мужчин в возрасте 55-64 года сос­тавляет 4-6%. При этом почти повсеместно наблюдается рост данного заболевания, например в Финляндии с 1969 до 1977 гг в 10 раз, а в ФРГ, начиная с 1948 г., в 20 раз. Начавшись в возрасте старше 40 а , по некоторым данным до 30-ти лет, заболевание, имеет, хроническое рецидивирующее течение и при отсутствии адекватного лечения, вклю­чая и диетотерапию через 10-20лет может привести к инвалидизации больного, также для подагры характерны и висцеральные поражения / поражения почек/, которые самостоятельно могут привести к небла­гоприятному прогнозу.

****



**2.Учебные цели:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, профилактики, назначения лечения и диспансерного наблюдения больным подагрой в условиях поликлиники.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать:**

- анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного тракта;

- гистологические особенности соединительной ткани;

- методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного с заболеваниями суставов;

- интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов исследования;

- принципы врачебно-трудовой экспертизы;

- базисную и симптоматическую медикаментозную терапию, немедикаментозные методы лечения;

- особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетании патологии;

**Для формирования профессиональной компетенции обучающийся должен уметь:**

**-** собрать анамнез, обследовать пациента по органам и системам;

* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных данных;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* назначить лечение;
* провести экспертизу трудоспособности;
* назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия и др.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:**

* методами общеклинического обследования**,**
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,
* владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,
* алгоритмом развернутого клинического диагноза,
* основами ведения медицинской документации
* основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. этиология подагры,
2. основные механизмы патогенеза заболевания.
3. методика обследования больных с заболеваниями суставов.
4. серологическая диагностика подагры.
5. возрастные особенности заболевания.

**4.Вид занятия:** практическое занятие;

**5.Продолжительность занятия:**5 академических часов.

**6.Оснащение занятия:**

**6.1. Дидактический материал:**мультимедийные атласы и ситуационные задачи, таблицы, плакаты, стандарты лечения и диагностики, альбомы по фармакотерапии, наборы рентгенограмм.

**6**.**2**.**ТСО:**компьютер, видеодвойка, мультимедийный проектор.

7 .**Содержание занятия.**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний обучающихся с применением тестов.

7.3. ознакомление обучающихся с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа обучающихся под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённойкурации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения обучающимися темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний**

**Выберите один вариант ответа**

1.ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

А) тиазидных диуретиков

Б) ингибиторов АПФ

В) β-адреноблокаторов

Г) антагонистов кальция

2.ДЛЯ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

А) в период приступов может развиться лихорадка

Б) мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой

В) выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты

Г) действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

3.В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ

А) аллопуринол

Б) метилпреднизолон

В) ацеклоклофенак

Г) моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаБ)

4.МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А) подагре

Б) ревматоидном артрите

В) анкилозирующем спондилоартрите

Г) системной красной волчанке

5.ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ

А) диклофенака

Б) аллопуринола

В) фебуксостата

Г) метотрексата

6. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

А)аллопуринол

Б) диклофенак

В)гидрохлортиазид

Г) цистон

7. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН

А) колхицин

Б)аллопуринол

В)фебуксостат

Г) дезурик

8. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) подагры

Б) ревматоидного артрита

В) ревматического полиартрита

Г) деформирующего остеоартроза

9. ДИАГНОЗ ПОДАГРЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ

А) артрита плюснефалангового сустава

Б) болей механического типа в суставах

В) утренней скованности

Г) повышения уровня трансаминаз в крови

10. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРЫ

А) «симптом пробойника»

Б) образование костных каверн

В) значительное разрушение хряща

Г) околосуставной эпифизарный остеопороз

**Тестовые задания для контроля конечного уровня знаний по теме**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ

А) нестероидными противовоспалительными средствами

Б) хондропротекторами

В) кортикостероидами

Г) иммобилизацией пораженных суставов

2. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

А) нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды

Б) глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин

В) ингибиторы протоновой помпы, диуретики, глюкокртикоиды

Г) блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства

3. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ

А) 15 – 20 дней

Б) 7 – 10 дней

В) 10 – 14 дней

Г) 5 – 7 дней

4. КРУГЛЫЕ ШТАМПОВАННЫЕ ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

А) подагре

Б) псориатическом артрите

В) миеломной болезни

Г) системной красной волчанке

5. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А) асимметричного моноартрита

Б) асимметричного полиартрита

В) симметричного олигоартрита

Г) симметричного полиартита

6. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

А)плюснефаланговых

Б) пястнофаланговых

В) голеностопных

Г) коленных

7. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПОДАГРИЧЕСКОЙ АТАКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А) НПВП в полных дозах

Б)глюкокортикостероидов

В) колхицина

Г) аллопуринола

8. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ

А) аллопуринол

Б) метилпреднизолон

В) ацеклоклофенак

Г) моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаБ)

9. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ

А) диклофенака

Б) аллопуринола

В) фебуксостата

Г) метотрексата

10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН

А) колхицин

Б) аллопуринол

В) фебуксостат

Г) дезурик

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

Больной Л., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на острые боли в левом коленном суставе, голеностопных, пястно-фаланговых суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, слабость, потливость, повышение температуры до 390С, рези при мочеиспускании, боль и резь в глазах, гнойное отделяемое из глаз, боли в пятках, шелушение кожи на подошвах стоп.

Болен 2 недели, после перенесенной кишечной инфекции.

Объективно: Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечаются элементы кератодермии на поверхности пяток. Отмечается припухлость и болезненность, гиперемия левого коленного, голеностопных, пястно-фаланговых суставов с уменьшением объема активных движений в них. Температура кожи над этими суставами повышена (наощупь). Пальпируются единичные паховые лимфоузлы размером 7-8 мм в диаметре. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС –82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Общий анализ крови:

эритроциты - 4,6х1012/л

гемоглобин - 139 г/л

лейкоциты - 11,0х109/л

Лейкоформула: палочкояд. - 5%, сегментояд- 67%, эоз. - 2%, лимфоц. - 19%, мон. - 7%

СОЭ 35 мм/ч

Данные серологического исследования HLA методом разрешенной совместимости: HLAB27

Общий анализ мочи: прозр., реакция кислая, удельный вес 1015, белок –отр., лейкоциты 4-6-8 в п/зрения,

Биох. анализ крови: белок – 88 г/л, альбумины 40%, альфа1-глобулины 6%, альфа2-глобулины 21%, бета-глобулины 12%, гамма-глобулины 21%, холестерин 5,5 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 92 мкмоль/л, мочевина 5,4ммоль/л, серомукоиды 48 ед.

Посев отделяемого уретры: грамположительные палочки и диплококки. Реакция Борде-Жангу отрицательная.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите диагностические критерии заболевания

2. С какими заболеваниями, имеющими аналогичные клинические симптомы, следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Ваш диагноз.

4. Какой современный высоко чувствительный метод диагностики инфекции вы бы порекомендовали данному больному?

5. Какова лечебная тактика?

**Задача № 2.**

Больной 30 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе, ограничение движения, "одеревенелость" позвоночника. Впервые боли появились 5 лет назад, сопровождались субфебрилитетом, позже температура, как правило, была нормальной. Лечился тепловыми процедурами. Через год к болям присоединилось ограничение подвижности в позвоночнике, распространявшееся снизу вверх.

Из анамнеза жизни: работал разнорабочим, в данный момент не работает.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. ЧД 16 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 72 в мин. АД –120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Опорно-двигательный аппарат: имеется сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц поясничной области, ограничение активных движений в поясничном и крестцовом отделах позвоночника, сильная болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного и крестцового отделов позвоночника, у места выхода седалищных нервов, симптом Шобера и Томайера положительные.

Общий анализ крови: эритроциты 4,6х1012/л, гемоглобин 139 г/л, лейкоциты 7,0х109/л, палочкояд. 2%, сегментояд- 70%, эоз. 2%, лимфоц. 19%, мон.7%, СОЭ 23 мм/ч

Данные серологического исследования HLA методом разрешенной совместимости: HLAB27

Общий анализ мочи: прозр., реакция кислая, удельный вес 1015, белок –отр., лейкоциты 1-2-1 в п/зрения.

Биох. анализ крови: белок – 81 г/л, альбумины 35%,глобулины 85%: альфа1-глобулины 3%, альфа2-глобулины 15%, гамма-глобулины 30%, холестерин 5,2 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 12 мкмоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, мочевина 4,52ммоль/л, серомукоиды 46 ед.

Сцинтиграфия крестцово- подвздошных сочленений: повышение накопление пирофосфата технеция в области крестцово- подвздошных сочленений.

Рентгенологическое исследование: двусторонний сакроилеит, сглаженность подвздошно- крестцовых сочленений, остеопороз.

ВОПРОСЫ:

1. Какой синдром является ведущим? Что представляет собой синдром Томайера

2.Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

3. Какие изменения могут быть обнаружены на рентгенограмме позвоночника?

4 Какие поражения органов и систем, кроме опорно-двигательной, встречаются при данном заболевании?

5. Тактика лечения?

**Задача № 3.**

Больной П. 42 лет , поступил в клинику городской больницы №13 г. Уфы с жалобами на внезапное появление приступов резчайшей боли в большом пальце стопы, его припухлость и покраснение, головную боль, утомляемость, слабость, повышение температуры тела до 38С.

Из анамнеза: ухудшение связывает с употреблением алкоголя в последние дни . Ночью появилась острая боль в большом пальце стопы, припухлость, покраснение.

Объективно: Состояние средней тяжести, нормального питания. Кожные покровы влажные, температура тела 380С. Лимфоузлы не увеличены. Кожа над суставом блестит, синевато- багрового цвета, горячая. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. В легких - дыхание везикулярное. ЧД 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 90 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,3х1012/л, гемоглобин 128 г/л, лейкоциты 11,8х109/л, п/яд 10%, сегм/яд 70%, эоз 1%, лимф- 14%, мон 5%, СОЭ 36 мм/ч

Общий анализ мочи: прозр., реакция кислая, удельный вес 1017, белок –отр., лейкоциты 1-2-1 в п/зрения, единичные клетки почечного эпителия

Биох. анализ крови: белок – 78 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ +, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевая кислота 0,65 ммоль/л, сиаловые кислоты 180 ед., серомукоиды 35 ед

ЭКГ: синусовый ритм , частота 90 в мин., электрическая ось сердца не отклонена

Исследование синовиальной жидкости: цвет – прозрачный, вязкость не изменена, лейкоциты 12х109/л, гранулоциты составляют 70%, кристаллы урата натрия.

Рентгенография стопы: в области 1 плюснефалангового сустава деструкция субхондрального участка кости и эпифиза, очаги просветления величиной 1,2-1,6см в диаметре, окруженные склеротической каймой.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите возможные причины заболевания

3. Какой синдром является ведущим?

4. Какие заболевания необходимо исключить при дифференциальной диагностике?

5. Ваши назначения по поводу подагрического криза? Возможно ли назначение урикозурических средств в данном случае?

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРС, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа обучающихся:***

диетотерапия при подагре

-Физиотерапия при подагре

-фототерапия при подагре

-оценка качества лечения больных с поагрой в амбулаторных условиях

-особенности лечения у лиц пожилого возраста

**Литература:**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
2. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов[Электронный ресурс]/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru//elibdoc/elib449.pdf](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib449.pdf). - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 202 с.
3. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114с.
4. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.%20)- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114 с.

**Дополнительная:**

1. Поликлиническая терапия: уч. пособие для студентов/А.Я.Крюкова [и др.]. – Уфа: Изд-воГилем. - 446 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем. - 2009. - 325 с.
3. Основы внутренней медицины: уч. пособие для студентов [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев / Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>.– Москва:Изд-воГЭОТАР-Медиа. - 2014.
4. Первая помощь при травмах и заболеваниях [Электронный ресурс] /Демичев С.В./-on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417744.html>. -М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2011.