**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.

«30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 11 ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­Курс: 6

**Практическое занятие на тему:**

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

**поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

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

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

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

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

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

**1**. **Актуальность темы**: В последние годы наблюдался 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 г. 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 / пора-жения 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 студент 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 студент 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 студент 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:**

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс и др.

**Вопросы для самоподготовки:**

Этиология подагры,

Основные механизмы патогенеза заболевания.

Методика обследования больных с заболеваниями суставов.

Серологическая диагностика подагры.

Возрастные особенности заболевания.

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

**5.Продолжительность занятия:** 6 часов.

**6.Оснащение:**

**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 студентов с применением тестов.

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

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

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

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний по теме:**

**«Подагра. Врачебно-трудовая экспертиза. Ведение больных в условиях**

**поликлиники»**

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1.Если верно утверждение 1,2, то ответ 1; 2,4,5 – 2; 3,5 – 3; 1,2,3,4,5 – 4.

Укажите диагностические критерии подагры.

1. утренняя скованность

2. обнаружение кристаллов мочевой кислоты в синовиаль­ной жидкости

3. односторонний сакроилеит

4. гиперурикемия

5. рентгенологический симптом пробойника

2. Для какого, заболевания характерЕН кольцевидный баланопостит?

1. подагра
2. ревматоидный артрит
3. уретроокулосиновиальный синдром
4. болезнь Бехтерева

3. Какой препарат рекомендуется применить для лечения острого подагрического артрита?

1. аллопуринол
2. зтамид
3. преднизолон
4. колхицин

4.При каком заболевании первично порАжАЮтся кости?

1. реактивный артрит
2. сифилис
3. гонорея
4. болезнь Бехтерева

5. КТО БОЛЬШЕ ПОДВЕРЖЕН ЗАБОЛЕВАНИЮ ПОДАГРОЙ?

1. мужчины в возрасте до 40 лет

2. мужчины старше 40 лет

3. женщины в детородном возрасте

4. мужчины и женщины одинаково

5. беременные женщины

6. КАКИЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОДАГРЫ?

1. нарушение метаболизма пуринов
2. избыточный синтез мочевой кислоты
3. недостаточное выведение уратов почками
4. все перечисленное

7. ЧТО МОЖНО УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ БОЛЬНЫМ ПОДАГРОЙ?

1. красное сухое вино

2. печеночный паштет

3. фасоль

4. свиное мясо

5. каши

8. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОДАГРЫ?

1. полиартрит

2. моноартрит

3. периартрит

4. артроз

9. КОГДА ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ ПРИСТУП ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА?

1. поздно вечером

2. ночью

3. ранним утром

4. перед полуднем

5. после полудня

10. ЧТО МОЖЕТ СПОНТАННО ПРОИЗОЙТИ С ПОДАГРИЧЕСКИМИ ТОФУСАМИ?

1. воспаление
2. вскрытие
3. некроз
4. атрофия

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

**«Подагра. Врачебно-трудовая экспертиза. Ведение больных в условиях**

**поликлиники»**

1. КАКОЙ СОСТАВ У ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ?

1. углекислый кальций

1. соли мочевой кислоты
2. холестерин
3. сгустки фибрина
4. фиброзная ткань

2.ЧТО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ?

1. назначать гипоурикемические препараты
2. отменять гипоурикемические препараты
3. назначать фуросемид
4. направлять на санаторно-курортное лечение
5. назначить бензбромарон

3.КАКОЙ ПРИЗНАК МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПОДАГРОЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ В ПОЛЬЗУ ПОДАГРЫ?

1. острые, начинающиеся утром атаки артрита с интенсивными болями, покраснением сустава, лихорадкой

2. грубая деформация суставов без склонности к анкилозам

3. высокая эффективность применения колхицина

4. КАКОЕ ТИПИЧНОЕ МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНЕСУСТАВНЫХ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ?

1. на ушной раковине

2. на лбу

3. вблизи ахилова сухожилия

4. на перегородке носа

5. хрящевая и костная ткань

5.КАКИМИ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ САНАТОРИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ?

1. источники радона
2. сульфидные источники
3. запасы лечебных грязей
4. солевые ванны

6. ЧТО ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ?

1. тазобедренный сустав

2. коленный сустав

3. плюснефаланговый сустав первого пальца стопы

4. проксимальный межфаланговый сустав первого пальца стопы

5. дистальный межфаланговый сустав первого пальца стопы

7. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА?

1. аспирин

2. аллопуринол

3. антуран

4. колхицин

5. дибазол

8. УПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИХ ПРОДУКТОВ И БЛЮД СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ПОДАГРЫ?

1. блюда из злаковых культур
2. вяленая рыба
3. копчености
4. свиная печень
5. мед

9. КАКИЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПОДАГРЫ?

1. наследственность
2. пищевой рацион
3. пол
4. возраст
5. все вышеперечисленное

10. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА?

1. грубая деформация суставов
2. быстрое анкилозирование суставов
3. быстрая и тяжелая инвалидизация больного
4. острая фаза заболевания

**Ответы на тестовый контроль знаний по теме: «Подагра. Врачебно-трудовая экспертиза. Ведение больных в условиях поликлиники»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Исходный уровень | Конечный уровень |
| 1 |  | 2 |
| 2. |  | 5 |
| 3. |  | 4 |
| 4. |  | 5 |
| 5. | 2 | 4 |
| 6. | 4 | 3 |
| 7. | 5 | 4 |
| 8. | 2 | 2 |
| 9. | 3 | 5 |
| 10. | 2 | 2 |

**Ситуационные задачи для контроля исходного уровня знаний по теме: «ПОДАГРА. ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ»**

**Ситуационная 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 высокочувствительный метод диагностики инфекции вы бы порекомендовали данному больному?

5. Какова лечебная тактика.

**Ситуационная 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.

**Ситуационная 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 студентов**

диетотерапия при подагре

-Физиотерапия при подагре

-фототерапия при подагре

-оценка качества лечения больных с подагрой в амбулаторных условиях

-особенности лечения у лиц пожилого возраста

**Лиетратура**

**Основная литература:**

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.Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов. А. Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf>.

http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf

**Дополнительная литература:**

1. 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.
2. Трухан, Д. И..      Клиника, диагностика и лечение основных ревматическихболезней: учебное пособие : рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей/ Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов, И. А. Викторова. - СПб.: СпецЛит, 2014. - 158 с.
3. Алешина, О. Болезни ног. Варикоз, артрит, подагра. Лечение и профилактика / О. Алешина. - M.: Контэнт, 2013. - 208 c.
4. КЛИНИЧеСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПОДАГРА ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ»2014.
5. Павлов, В. П..      Ревмоортопедия: монография/ В. П. Павлов, В. А. Насонова. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 455 с.