

Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих із гострим подагричним артритом на первинному рівні медичної допомоги

Л.В. Хімюк, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведені основні діагностичні критерії та тактика лікування пацієнтів із гострим подагричним артритом в умовах первинної ланки медичної допомоги. Сформульований алгоритм дії лікаря загальної практики–сімейної медицини при веденні пацієнтів із гострим нападом подагри. **Ключові слова:** гострий подагричний артрит, діагностичні критерії, тактика лікування, первинна ланка медичної допомоги.

За останні десятиліття поширеність подагри значно зросла, що пов'язано як із збільшенням вживання алкоголю, продуктів з високим вмістом пуринів, так і покращення рівня діагностики. Зменшення віку дебюту патології, погіршення якості життя та рання інвалідизація хворих, підвищення ризику розвитку кардіальних та нефрологічних ускладнень і зростання смертності від них зумовлює актуальність проблеми діагностики та лікування подагри [6].

Подагричним артритом хворіють переважно чоловіки (до 95% випадків). Початок захворювання частіше припадає на вік від 40 до 50 років, але останнім часом усе частіше спостерігають випадки розвитку подагричного артриту у молодому віці (у 20–30 років). Подагричний артрит часто призводить до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також до обмеження професійної діяльності. Однак у перший рік захворювання правильний діагноз встановлюють тільки у 10–15% хворих. Поширеність подагри в Україні складає 5–28 випадків на 1000 чоловіків і 1–6 випадків на 1000 жінок. Серед чоловіків віком 55–65 років частота захворювання на подагру сягає 4,3–6,1% [5].

На сучасному етапі внаслідок нових досягнень у галузі фундаментальних наук розширилися знання щодо особливостей патогенезу і лікування подагри. Знайдено ключові механізми, що включають виявлення як генетичних маркерів, так і факторів зовнішнього середовища, які впливають на розвиток подагри, детермінуючи підвищення ризику нефрологічних та серцево-судинних подій. Приділяється велика увага пошуку нових лікарських препаратів для лікування пацієнтів як із гострим подагричним артритом, так і хронічними його формами [6].

Для більшості пацієнтів з гострим подагричним артритом лікарями першого контакту є лікарі загальної практики–сімейної медицини. Разом з тим, результати проведених досліджень свідчать про недостатню обізнаність лікарів первинної ланки про критерії діагностики і сучасні підходи до терапії гострого подагричного артриту. Так, до теперішнього часу традиційно більшість сімейних лікарів розглядають подагру, перш за все, як «суглобове» захворювання [7].

Подагра – одне з найбільш відомих та поширених хронічних захворювань групи мікрокристалічних артритів, пов'язане з порушенням обміну сечової кислоти, яке клінічно проявляється рецидивним артритом, утворенням тофусів та ураженням внутрішніх органів із розвитком вторинних запальних змін. Підґрунтям розвитку подагри є гіпе-

рурикемія – підвищення рівня сечової кислоти (СК) у крові >360 мкмоль/л (>6 мг/дл) [1, 2, 8].

Подагричне запалення розвивається у місці накопичення (суглоб, навколосуглобові тканини, слизова оболонка травного тракту, нирки та ін.) СК у вигляді моноурату натрію. СК є кінцевим продуктом обміну пуринів, у людини виводиться найбільше нирками. До 90% усіх випадків подагри розвивається внаслідок зниження рівня екскреції СК нирками, внаслідок чого рівень її у сироватці крові підвищується вище сатураційної межі (6,8 мг/дл); гіперпродукція СК спостерігається у 10% хворих і може бути пов'язана з ендогенними чинниками (вивільнення СК при розпаді клітин організму – пухлини, мієлопроліферативні, лімфопроліферативні захворювання; деякі рідкісні генетично зумовлені порушення метаболізму), при збільшеному споживанні з високим вмістом пуринів (м'ясо, морепродукти), алкогольних напоїв (пиво), безалкогольних шипучих напоїв та фруктози, надмірних фізичних навантажень, при зниженні виведення СК кишечником.

До найбільш частих причин розвитку подагри відносять: вживання тіазидних та петльових діуретиків, циклоспорину, нікотинової кислоти, низьких доз аспірину (до 1 г на добу), протитуберкульозних препаратів (піразинамід, етамбутол), препаратів для лікування ВІЛ-інфекції. Із збільшенням ризиком розвитку гіперурикемії пов'язані такі стани і захворювання, як інсулінорезистентність, метаболічний синдром, ожиріння, артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, трансплантація донорських органів, ниркова недостатність, хронічна хвороба нирок.

Лікарям загальної практики потрібно вчасно і правильно встановити діагноз подагричного артриту до початку розвитку значних порушень функції серцево-судинної, сечовидільної систем та ін. [5].

У 2015 р. Американською колегією ревматологів (ACR) спільно з Європейською антиревматичною лігою (EULAR) розроблено оновлені класифікаційні критерії подагри, у тому числі й гострого подагричного артриту.

Діагноз вважають достовірним, якщо набрано за наведеними нижче критеріями ≥ 8 балів (максимум 23) [1, 6, 7].

Необхідно зазначити, що на початку захворювання не має рентгенологічних даних, що підтверджують діагноз подагричного артриту. Доцільно використовувати рентгенологічне обстеження у хворих на подагру зі стажем хвороби від 5 до 10 років. Саме через цей час можна побачити відповідні діагностичні рентгенологічні зміни.

Рання діагностика подагричного артриту повинна базуватися на наявності клінічних проявів з лабораторними підтвердженнями. Лабораторні методи дослідження допомагають виявити наявність запального процесу; оцінити ступінь та динаміку його активності, ефективність лікування, стійкість ремісії; проводити диференційну діагностику запальних та інших хвороб суглобів, виявити порушення білкового обміну тощо.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Критерії класифікації подагри	Категорії	Бали
Крок 1. Вхідні критерії (застосовуються наведені нижче критерії за наявності вхідних критеріїв)	Щонайменше один епізод набряку, болючості та підвищеної чутливості у периферійних суглобах або синовіальній оболонці	
Крок 2. Достовірні критерії (у разі виявлення їх можна класифікувати як подагру, без наведених нижче критеріїв)	Наявність кристалів моноурату натрію у суглобі, що турбує, або в синовіальній оболонці (синовіальній рідині), або у тофусах	
Крок 3. Критерії слід використовувати, якщо достовірні критерії не виявлені		
Клінічно		
Типова картина ураження суглобу/синовіальної оболонки під час нападу	Гомілково-стопний суглоб або суглоби склепіння стопи (як частина епізоду моно- чи олігоартриту без залучення першого плесно-фалангового суглоба)	1
	Залучення першого плесно-фалангового суглоба (як частина епізоду мого- чи олігоартриту)	2
Характеристика нападу гострого подагричного артриту: • еритема шкіри навколо ураженого суглоба (зі слів хворого чи під час огляду лікарем); • болючість під час пальпації ураженого суглоба; • значні труднощі під час ходьби або неможливість рухів в ураженому суглобі	Одна характеристика Дві характеристики Три характеристики	1 2 3
Тривалість нападу: • наявність ≥ 2 нападів, незалежно від протизапального лікування; • максимальна вираженість болю 24 год; • зникнення симптомів за ≤ 14 днів; повністю зникають симптоми між нападами.	Один типовий епізод Повторний типовий епізод	1 2
1. Наявність тофусів 2. Проривання чи крейдоподібні підшкірні вузлики, що просвічуються під шкірою, локалізуються у типових місцях (навколо суглобів, на вушних раковинах, подушечках пальців та в ділянці сухожилків)	Наявність	4
Лабораторно		
3. Рівень сечової кислоти (СК): визначається уриказним методом. В ідеалі необхідно визначати у пацієнтів, які ще не отримували уратнижувальної терапії та через 4 тиж від початку нападу	4 мг/дл (240 мкмоль/л)*	-4
	6-8 мг/дл (<360-480 мкмоль/л)	2
	8- 10 мг/дл (<480-600 мкмоль/л)	3
	≥ 10 мг/дл (≥ 600 мкмоль/л)	4
4. Аналіз синовіальної рідини на виявлення кристалів моноурату натрію ураженого суглоба чи синовіальної рідини**	Відсутність кристалів моноурату натрію	- 2
Інструментально		
5. Наявність депозитів кристалів моноурату натрію під час ультразвукового дослідження суглоба чи синовії (ультразвуковий критерій «подвійний контур») чи виявлення кристалів моноурату натрію під час дослідження за допомогою сканера двоенергетичної КТ	Наявність	4
6. Рентгенологічні ознаки ураження суглобів кистей та/чи стоп (виявлення щонайменше однієї ерозії)	Наявність	4

Примітки. * – якщо рівень СК $\geq 4-6$ мг/дл ($\geq 240-360$ мкмоль/л), потрібно оцінити у 0 балів.

** – якщо дослідження синовіальної рідини не проводили, потрібно оцінити в 0 балів.

Будь-яка хвороба, що починається із запалення суглобів стопи, обов'язково потребує дослідження рівня СК у сироватці крові. Важливо, що асимптоматична гіперурикемія завжди є чинником ризику розвитку клінічно маніфестної подагри. Гіперурикемію вважають клініко-біохімічним проявом декомпенсованого порушення пуринового обміну, що зустрічається у 10 разів частіше, ніж клінічно маніфестна подагра, причому стійке підвищення рівня сечової кислоти у крові реєструють у 7% людей (у 5% чоловіків без будь-яких ознак подагри), а гіперурикозурію спостерігають у 20% осіб.

Зазначимо, що деякі автори виділяють особливу форму подагри, перебіг якої відбувається без гіперурикемії. Необхідно пам'ятати, що даний симптом не є синонімом захворювання подагри, оскільки гіперурикемію також спостерігають при інших захворюваннях (хворобах крові, пухлинах,

захворюваннях нирок тощо), надзвичайно високих фізичних перевантаженнях і харчуванні жирною їжею [5].

Важливо, що за перші 5 років хвороби правильний діагноз встановлюють у середньому у 24,9% хворих, проте 10,2% хворих нерегулярно отримують базисну терапію з різних причин, у першу чергу в результаті необізнаності. За даними В.М. Коваленко та В.К. Казимирко (2009р.), етіопатогенетична терапія займає у хворих на подагру близько 4,8% усього часу перебігу хвороби, тоді як терапія має бути пожиттєва. Це призводить до збільшення числа хворих з тяжкими проявами подагри у вигляді вираженої кістково-суглобової деструкції і подагричної нефропатії з ознаками хронічної ниркової недостатності. Саме цим, напевно, пояснюється той факт, що причиною смерті 40% хворих на подагру є уремія, яка розвивається внаслідок подагричної нефропатії [4, 5, 9, 11].

Типові для подагричного артриту клінічні ознаки:

- гострий початок, частіше у нічний час або в ранкові години;
- моноартрит;
- швидкість наростання ознак запалення (біль, припухлість, гіперемія шкіри в ділянці суглобу);
- тривалість від 1 до 10 діб;
- зворотність гострого запального ураження суглобів і відсутність симптомів між нападами до розвитку хронічного артриту;
- улюблена локалізація уражених суглобів: I плюсне-фаланговий (перша атака у 90% пацієнтів), суглоби плесни, гомілковостопні, колінні; на більш пізніх стадіях – ліктьові, дрібні суглоби кистей.

Зазначені ознаки є високочутливими, але не специфічними і можуть спостерігатися у разі артритів іншої етіології.

Зі збільшенням тривалості захворювання напади артрити стають частішими, інтенсивніші і тривалість суглобових атак зростає, залучаються нові суглоби [1, 6, 7].

Після встановлення діагнозу абсолютно необхідним є проведення консультування і навчання пацієнта, метою якого є надання інформації щодо причин, факторів ризику, наслідків та ускладнень гіперурикемії; доведення необхідності зміни режиму харчування, вживання напоїв та лікарських засобів; навчання у ранній період розпізнавати симптоми та самостійній ініціації терапії у разі виникнення гострого артриту. Доведено, що ефективність лікування залежить від часу початку терапії – чим раніше від появи перших ознак гострого артриту – тим швидше і ефективніше досягається контроль над болем і запаленням. Пацієнтам із встановленим діагнозом подагри необхідно проводити моніторинг коморбідних станів та захворювань (артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, хронічна хвороба нирок, дисліпідемія).

Лікування гострого подагричного артриту

Мета лікування: швидке і безпечне усунення гострого запалення.

В оновлених рекомендаціях щодо лікування гострого подагричного артриту (EULAR 2016) експертами наголошується, що лікування гострої атаки повинно починатись якомога раніше. Якщо пацієнт знає про своє захворювання і добре поінформований лікарем, він повинен починати лікування самостійно у разі появи перших типових симптомів. Вибір препаратів базується на наявних протипоказаннях до тієї чи іншої терапії, досвіді пацієнта у застосуванні препаратів, часу від початку атаки (загострення) і кількості та величини уражених на даний момент суглобів.

I. Загальні рекомендації спрямовані на пом'якшення проявів суглобового синдрому: повний спокій, піднесене положення кінцівки. Вживання достатньої кількості рідини (2–3 л на день, за відсутності протипоказань до навантаження рідиною) – лужні розчини, суворе дотримання малопуринової дієти.

II. Медикаментозна терапія. За рекомендаціями Європейської протиревматичної ліги (2016 р.) лікування гострого подагричного артриту необхідно проводити із застосуванням комплексної терапії, особливо у разі ураження декількох суглобів одночасно. З цієї метою використовують колхіцин у низьких дозах у комбінації із нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) або глюкокортикоїдами (ГК) (внутрішньосуглобово або перорально). У складі комплексної терапії слід застосовувати інгібітори протонної помпи (омепразол, рабепразол, пантопразол) у пацієнтів із захворюванням травного тракту (ГТ).

1. Нестероїдні протизапальні препарати є препаратами вибору у терапії гострого подагричного артриту.

- ібупрофен 800 мг 2–3 рази на день;
- індометацин (25–50 мг кожні 8–12 год (для форм короткої дії) – не перевищувати 200 мг/добу; 75–150 мг/добу, максимальна добова доза – 150 мг (для форм з повільним вивільненням);
- диклофенак (диклоберл) 100–150 мг/добу, іноді до 200 мг/добу (100 мг диклофенаку з повільним вивільненням 2 рази на добу);
- напроксен 500 мг 1–2 рази на день;
- селективні інгібітори ЦОГ-2 (німесил 100 мг 2 рази на день), коксиби (целекоксиб 400 мг + 200 мг у перший день, 400 мг на добу в наступні дні).

Слід пам'ятати, що призначення будь-яких НПЗП необхідно уникати у разі активних ерозивно-виразкових ураженнях ГТ, ниркової недостатності.

2. Колхіцин – ефективний при застосуванні до 12 год від початку загострення, необхідно призначати у низьких дозах (1 мг перорально + 0,5 мг у перший день), що може бути достатньо ефективним у деяких пацієнтів. Високі дози колхіцину не збільшують ефективність лікування та призводять до розвитку побічних ефектів (рівень доказовості Ib). Не призначають колхіцин пацієнтам, які вживають деякі інші медикаментозні засоби (сильні інгібітори СYP3A4) – кларитроміцин, циклоспорин, кетоконазол, ритонавір, верапаміл; не застосовують у хворих із вираженим порушенням функції нирок (ШКФ <30 мл/хв).

3. Глюкокортикоїди (ГК). За наявності протипоказань до препаратів групи НПЗП (активні виразково-ерозивні захворювання ГТ, пригнічення кісткового мозку, схильність до кровоточивості) або у випадках, коли напад подагри стійкий до їхньої дії, для пригнічення запальної реакції використовують ГК (внутрішньосуглобово – у разі ураження великих суглобів або моноартриті з ураженням суглоба, перорально (30–35 мг преднізолону на добу протягом 5 днів).

4. Для лікування пацієнтів із частими загостреннями за наявності протипоказань і/або неефективності НПЗП, колхіцину, ГК для купірування гострого нападу подагри можливе застосування препаратів, що блокують ІЛ-1 (канакінумаб 150 мг підшкірно однократно).

5. При кожному загостренні слід розглядати необхідність початку урикознижувальної терапії. Сучасні міжнародні рекомендації наголошують на необхідності раннього початку такої терапії (можливо після першої атаки гострого артриту) для раннього зниження рівня СК і профілактики ураження нирок та серцево-судинної системи (особливо пацієнтам із наявними коморбідними станами і високим рівнем СК (>480 мколь/л). Препарати, що знижують вміст сечової кислоти у крові (аллопуринол, фебуксостат), слід призначати тільки після купірування гострої подагричної атаки, проте якщо до розвитку нападу хворий застосовував ці препарати, режим вживання не змінюють [3, 6, 7, 8, 10]. У перші 6 міс застосування урикознижувальної терапії слід проводити профілактику загострень подагри. Для цього призначають низькі дози колхіцину (за відсутності протипоказань, 0,5–1,0 мг/добу) або НПЗП у низьких дозах. Пацієнт повинен одержати від сімейного лікаря повну інформацію щодо необхідності такого лікування, можливі побічні ефекти та позитивний вплив лікування як на перебіг подагри, так і розвиток коморбідної патології та ускладнень.

При веденні пацієнтів із подагрою сімейний лікар повинен співпрацювати з низкою спеціалістів – ревматологом, нефрологом, кардіологом, дієтологом, фізіотерапевтом, ортопедом-травматологом. Слід розглянути не-

обхідність консультацій при неконтрольованій гіперурикемії, розвитку ниркової недостатності або інших ускладнень, невпевненості у правильності діагнозу, підозрі на інфекційний артрит.

ВИСНОВКИ

Завданнями лікарів загальної практики–сімейних лікарів є:

- вчасна діагностика подагричного артриту;
- проведення моніторингу коморбідних станів та захворювань при гіперурикемії та подагрі;
- проведення інформування і навчання пацієнта;

Современные подходы к диагностике и ведению больных с острым подагрическим артритом на первичном уровне медицинской помощи
Л.В. Химион, О.Б. Ященко, С.В. Данилюк, Т.А. Сытюк

В статье приведены основные диагностические критерии и тактика лечения пациентов с острым подагрическим артритом в условиях первичного звена медицинской помощи. Сформулирован алгоритм действия врача общей практики–семейной медицины в случаях лечения пациентов с острым приступом подагры.

Ключевые слова: острый подагрический артрит, диагностические критерии, тактика лечения, первичное звено медицинской помощи.

- призначення лікування гострого подагричного артриту, контроль ефективності і безпеки такого лікування;
- призначення урикознижувальної терапії та контроль її ефективності і безпеки;
- визначення показань для консультацій спеціалістів вищих рівнів надання медичної допомоги.

Слід пам'ятати, що подагра є потенційно виліковним захворюванням, досягнення контролю над гіперурикемією дозволяє зменшити захворюваність на хронічний подагричний артрит, запобігає ураженню нирок, ендокринної та серцево-судинної системи.

Modern approaches to the diagnosis and management of patients with acute gouty arthritis in the primary health care setting
L.V. Khimion, O.B. Yaschenko, S.V. Danyliuk, T.A. Sytiuk

The diagnostic criteria and treatment strategy, which are used for patients with acute gouty arthritis in primary health care practice is given in the article. The algorithm of primary medicine doctor's action in the management of patients with the acute gout attack is represented.

Key words: acute gout, diagnostical criteria, treatment strategy, primary health care.

Сведения об авторах

Химион Людмила Викторовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 288-10-34. *E-mail:* ludmilahimion@hotmail.com.

Ященко Оксана Борисовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483 04 35.

Данилюк Светлана Владимировна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 501-69-42. *E-mail:* svetlanadanyliuk@mail.ru

Сытюк Татьяна Александровна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail:* sytuktanya@ukr.net.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ватулин Н.Т. Новые классификационные критерии подагры (ACR / EULAR 2015) / Н.Т. Ватулин, А.С. Смирнова, М.А. Эль-Хатиб // Журнал «Архивъ внутренней медицины». – 2016. – № 4. – С. 5–7.
2. Волошин О.І. Вікові та статеві аспекти коморбідної та супутньої патології у хворих на подагру (ретроспективне дослідження) / О.І. Волошин, О.І. Доголіч, Л.О. Волошина, Л.О. Гавриш // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 2. – С. 20–23.
3. Казимирко В.К. Ревматология / В.К. Казимирко, В.М. Коваленко // – Донець: Заславский А.Ю., 2009. – 443 с.
4. Казимирко В.К., Коваленко В.Н. Ревматология / Учебное пособие в вопросах и ответах. – Издательский дом Заславский. – 2009. – .
5. Капустянська А.А. Рання діагностика подагричного артриту на етапі первинної медико-санітарної допомоги / А.А. Капустянська // Журнал «Світ медицини та біології». – 2013. – № 4. – С. 104–107.
6. Кондратюк В.Є., Тарасенко О.М. Гіперурикемія та подагра: сучасний стан проблеми / В.Є. Кондратюк, О.М. Тарасенко // Український ревматологічний журнал. – 2016. – № 3 (65). – С. 30–37.
7. Корж О.М., Краснокутський С.В. Подагра: клініка, діагностика та лікування / О.М. Корж, С.В. Краснокутський // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2015. – № 1. – С. 40–47.
8. Наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю ревматологія» (пункт 1.8). – К., 2006. – 22 с.
9. Doria A., Krolewski A. Lowering serum uric acid levels to prevent kidney failure // Nature Rev. Nephrology. – 2011. – № 7. – P. 495–496.
10. Kao M. et al. Allopurinol benefits left ventricular mass and endothelial dysfunction in chronic renal disease // J. Am. Soc. Nephrol. – 2011. – № 22. – P. 1382–1389.
11. Zhang Y., Tuhina Neogi T., Chen C. et al. (2012) Cherry Consumption and the Risk of Recurrent Gout Attacks. Arthritis Rheum., 64(12): 4004–4011.
12. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout / P. Richette, M. Doherty, E. Pascual et al. Ann Rheum Dis. – 2016.

Статья поступила в редакцию 13.11.2016

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Хворий 34 років прокинувся вночі від сильного болю в 1 пальці лівої ступні. Напередодні вживав смажене м'ясо і алкоголь. Об'єктивно: набряк плесно-фалангового суглоба 1 пальця лівої ступні, виражена болочість під час пальпації. Шкіра над суглобом синювато-багряна, гаряча. Температура тіла 38,7 °С. Який діагноз найбільш вірогідний?

- Гострий подагричний артрит
- Реактивний артрит
- Хвороба Рейтера
- Ревматоїдний артрит
- Остеоартроз.

2. У хворого 43 років з нападами гострого болю в гомілковостопних суглобах, які виникають через кожні 3–4 міс, була запідозрена подагра. Які лабораторні показники необхідні для підтвердження діагнозу подагри?

- Протеїнограма
- Гострофазові показники
- LE-клітини
- Рівень сечової кислоти в сироватці крові
- Ревматоїдний фактор.

3. За медичною допомогою звернувся хворий з гострим подагричним нападом. Які лікарські засоби з наведених нижче необхідно призначити у першу чергу для усунення гострого болю в суглобах?

- Глюкокортикостероїди
- Нестероїдні протизапальні препарати
- Амінохінолінові похідні
- Імуносупресори
- Наркотичні засоби.

4. Чоловік 30 років скаржиться на сильний біль, «почервоніння» шкіри, набряк в області гомілкового суглоба, підвищення температури до 39 °С. Захворів раптово. У минулому були подібні напади тривалістю до 5–6 днів без змін зі сторони суглоба. Шкіра над суглобом гіперіюмована без чітких контурів та інфільтративного валу на периферії. Який найбільш вірогідний діагноз?

- Бешихове запалення
- Інфекційний артрит
- Ревматоїдний артрит
- Подагра
- Остеоартроз.

5. Хворий Т., 47 років, госпіталізований зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 °С, головний біль, набряк і сильний біль у великому пальці стопи. Об'єктивно: великий палець стопи набряклий, гарячий на дотик, шкіра над ним яскраво червоного кольору, блищить. Наведені вище симптоми з'явилися раптово вночі, після порушення дієти. Препаратом вибору для надання невідкладної допомоги буде:

- Німесулід
- Преднізолон
- Парацетамол
- Пеніцилін
- Румалон.

6. У хворого на подагру після вживання алкоголю з'явилися інтенсивний біль у суглобах, блювання, добовий діурез 120 мл, щільність сечі 1010 кг/м³, сечовина 16,0 ммоль/л, креатинін 4,04 ммоль/л, сечова кислота 0,85 ммоль/л. Як попередити це ускладнення?

- Анальгін
- Наклофен
- Фуросемід
- Дотримання дієти з низьким вмістом пуринів
- Реополіглокін

7. Чоловік 44 років помітив раптовий різкий біль у дрібних суглобах ніг, колінному суглобі, лихоманку до 38,7 °С. Ці скарги з'явилися після тривалого ходіння у тісному взутті. Під час огляду суглоби припухлі. Шкіра над ними гіперемійована, лущиться. У крові: Л – 9,9×10⁹/л, ШОЕ – 30 мм/год, СРБ (+++). Рівень сечової кислоти – 0,85 ммоль/л. Який найбільш ймовірний діагноз?

- Хвороба Рейтера
- Ревматичний артрит
- Гострий подагричний артрит
- Гострий інфекційний артрит
- Деформуючий остеоартроз.

8. У хворого К., 37 років, раптово вночі після святкування дня народження з'явився сильний біль у плюсно-фаланговому суглобі великого пальця ступні. Суглоб синюшно-багряний, збільшений в об'ємі. Температура тіла – 38,8 °С. У крові: Л – 9,6×10⁹/л, нейтрофільних гранулоцитів – 74%, ШОЕ – 30 мм/год. Сечова кислота – 0,490 ммоль/л. Який попередній діагноз можна поставити в даному випадку?

- Ревматичний артрит
- Гострий подагричний артрит
- Ревматоїдний артрит
- Деформуючий артроз
- Реактивний артрит.

9. Пацієнт Г., 36 роки, хворий на подагру. Після вжитого напередодні алкоголю та жирної їжі вночі виник напад гострого артриту II плюсно-фалангового суглоба правої стопи. Суглоб синюшний, різко болочий, набряклий. Аналіз крові: Л – 9,6×10⁹/л, ШОЕ – 42 мм/год. Який засіб найбільш доцільно призначити хворому в першу чергу?

- Етамід
- Преднізолон
- Алопуринол
- Антуран
- Диклофенак.

10. Рентгенологічні ознаки гострого подагричного артриту на початку захворювання:

- Симптом «пробійника»
- Потовщення периартикулярних тканин
- Відсутність змін на рентгенограмі
- Остеопороз
- Зміни в тазових кістках.