Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ГИХТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува практикувањето на на медицината заснована на докази при гихт.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при гихт е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при гихт, по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2889/1

12 март 2014 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

____

Прилог

ГИХТ

МБД Упатство
28.03.2011

- Основни податоци
- Причини и епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Испитувања
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Гихтот е една од важните причини за зглобна инфламација и за него постои специфичен третман: при поставување на дијагнозата на секој (моно)артритис треба да се направи анализа на синовијалната течност, со цел да се одредат кристали на мононатриум урат или калциум пирофосфат.
- Доколку постои сомнение за гихт и може да се аспирира синовијална течност, треба секогаш да се испита присуството на кристали во течноста.
- Треба да се мери концентрацијата на серумските урати, но дијагнозата на гихт не треба да се постави или исклучи врз основа на резултатите.
  - За резултатите не е битно дали се добиени од примерок на зглобна течност или, пак, од плазмата.
- Ако гихт се јави кај пациенти на диуретични лекови, најпрво треба да се исклучат од терапијата тие лекови.
- На сите пациенти кои страдаат од гихт треба да се дадат диетални инструкции.
- Целта на терапијата е да се намалат симптомите и да се намали концентрацијата на серумските урати во референтни граници (под 360 μmol/L).

ЕТИОЛОГИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Кај постари и кај жени, диуретичната терапија е најчесто причина за гихт.
- Кај лица кои употребуваат алкохол, неколку механизми се вклучени во зголемувањето на серумската уратна концентрација.
- Кај млади жени и деца, гихтот е екстремно редок.
- Симптомите започнуваат во средните години.
- Во секундарни причини за гихт се вклучени дехидратацијата, бубрежна слабост, миелопролиферативни болести.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Најкарактеристичен симптом е воспаление со болка и црвенило на првиот метатарсофалангеален зглоб што се јавуваат наеднаш, во текот на ноќта. Симптомите може да се јават по експозиција на ладно, физичка активност или оброк богат со протеини.

- Големите зглобови на горните и на долните екстремитети се поретко инволвирани и затоа кога ќе се случи тоа, настануваат проблеми во диференцијалната дијагноза.
- За време на акутната атака пациентот може да биде лесно фебрилен.
- Често пати има течност во зглобот.
- За време на атаката на гихтот, може да има значајно забрзување на СЕ и пораст на серумскиот CRP.
- Бројот на леукоцити во синовијалната течност обично е зголемен (до 50.000/$мм^3$) со доминација на гранулоцити.
- Користејќи микроскоп со поларизационен филтер, може да се детектираат анизотропни уратни кристали. Присуството на фагоцитоза на кристали во леукоцитите ја потврдува дијагнозата. За земање на примерок на синовијална течност и понатамошни анализи, види подолу.
- Концентрацијата на серумските урати обично е околу 300 μmol/L.(Теоретски лимит за растворливост на урати е 450 (μmol/L).
- Кога ќе се јават првите симптоми радиографските испитувања обично се нормални (спротивно на хондрокалциноза, каде се гледа интра-артикуларна калцификација). Во напреднат гихт, близу зглобот се гледаат ерозиите и сенките кои претставуваат акумулација на урати(тофи).
- На почетокот, артритисот исчезнува по неколку дена или седмици.
- Кај некои пациенти атаката се повторува. Интервалот помеѓу атаките станува сѐ покус, така што хроничниот гихт може лесно да се превиди како ревматоиден артритис.

ИСПИТУВАЊА

- Серумски урати: ретко се нормални за време на акутна атака на гихт.
- Серумскиот креатинин (бубрежна слабост може да биде причина за гихт и може да влијае во изборот на терапијата).
- Хемоглобин, леукоцити, тромбоцити, СЕ (хематолошки нарушувања може да бидат причина за гихт).
- Липиди, глукоза во крвта.

ТЕРАПИЈА

Акутна атака

- Аспирација на зглобот и локална инстилација на methylprednisolone, на пр. на 0,2 мл во првиот метатарсофалангеален зглоб.
    - Ако веројатноста за инфекција е мала, инстилацијата за кортикостероиди може да се изведе со истата игла која се користи за земање на дијагностички примерок.
- Одмор, ладна облога.
- Болката успешно се намалува со максимална доза на НСАИЛ. Индометацинот традиционално е најчесто употребуван лек. Други НСАИЛ може да бидат naproxen или etoricoxib. Терапија во траење од неколку дена е доволна.
    - Заедно со НСАИЛ треба да се даваат лекови за заштита на желудникот, особено ако пациентот има зголемен ризик за пептичен улкус.
    - Аспиринот треба да се избегнува.
    - Да се мисли на можна бубрежна слабост, предизвикана од НСАИЛ кај пациенти со гихт, особено ако се на терапија со АСЕ инхибитори.
    - Доколку НСАИЛ се контраиндицирани, може да се дадат орални кортикостероиди (prednisolone во доза 30-40 мг/дневно) со постепено намалување и завршување на терапијата по 1 до 2 седмици.

Редукција на концентрацијата на уричната киселина во серумот

- Треба да се земе предвид исклучување на диуретичната терапија и нејзина замена со ACE инхибитори или ATR блокери (лосартан е урикозурик, ја зголемува екскрецијата на мочната киселина во урината).
- Диетална терапија е од есенцијално значење и пациентот треба да добие совет за исхраната. Треба да му се дадат пишани инструкции.
- Ако пациентот има рекурентни епизоди на артритис или хроничен гихт, треба да се започне лекување со алопуринол. Алопуринол е индициран и кај пациентите со бубрежни камења. Алопуринолот инхибира создавање и на уратни и на оксалатни бубрежни камења.
    - За да се избегне егзацербацијата на симптомите, алопуринол не треба да се започне додека атаката не помине. Иницијалните дози се мали (100-150 мг. дневно) и дозата треба да се зголеми до тераписко ниво (300 мг) за две недели.
    - Ако серумската концентрација на уратите не се намали во текот на две недели, дозата може да се зголми на 600 мг дневно.
    - Ако пациентот има бубрежна слабост (серумски креатин 160-560 μmol/L) дозата се преполовува. При потешките бубрежни засегања, максималната доза е 50-100 мг. дневно.
    - Најчести несакани ефекти се: исип, хепатална дисфункција. Депресија на коскената срцевина поретко се гледа. Алопуринол не треба да се употребува во комбинација со азатиоприн.
    - Пред да се почне лекување со алопуринол, треба да се одреди комплетна крвна слика и плазматските вредности на AST и ALT. За време на терапијата, основна крвна слика, вклучувајќи број на тромбоцити и вредности на AST и ALT во плазмата, креатинин и урати се одредуваат на секои 3 месеци, а подоцна поретко.
        - Иницијалната фаза од лекувањето е асоцирана со ризик од агранулоцитоза (ретко):

          затоа пациентот треба да се инструира дека доколку добие температура, веднаш треба да побара итна медицинска помош со одредување на крвните анализи.
    - Атаките на гихтот може сѐ уште да се појавуваат 2-3 месеци по започнувањето на терапија со алопуринол.
    - Ако пациентот не го поднесува алопуринолот, како алтернатива може да се даде пробенецид 500мг два пати дневно (иницијална доза 250 мг два пати дневно). Пробеницид предиспонира кон формирање на бубрежни камења. Предуслов за терапија со пробеницид е нормална бубрежна функција. Кога се започнува со пробенецид, потребно е да се дава натриум бикарбонат за превенција на реналните камења во доза од 3 гр. дневно најмалку еден месец. НСАИЛ може, исто така, да бидат од профилактичка важност.
    - Другите лекови (специјално регулиран начин на прескрипција) се инхибиторот на ксантинската оксидаза – febuxostat (80-120 мг еднаш дневно) и benzobromarone (100 мг еденаш дневно).
    - Аскорбинска киселина (витамин C, 500 мг/дневно) ја намалува плазматската концентрација на уричната киселина.
    - Обезбедувајќи серумски урати во нормални граници, може да се обидеме да го прекинеме алопуринолот по една година. Ако серумските урати повторно се зголемат до ниво кога симптомите се појавуваат, лекувањето со алопуринол треба да се обнови. Кај хроничниот гихт, лекот се употребува со години, следењето кај лекар треба да се одвива на секои 6-12 месеци.
    - Хиперурикемијата се смета за еден од ризик-факторите за кардиоваскуларни заболувања, но нема препораки за примена на терапија кај асимптоматска хиперурикемија.

- Пациентите со гихт честопати имаат метаболен синдром. Се препорачува проценка на кардиоваскуларниот ризик и одредување на плазматската концентрација на гликоза.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- **Кохранови прегледи**
- **Клинички упатства**
- **Литература**

РЕФЕРЕНЦИ

1. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Bardin T et al., EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2006 Oct; 65(10): 1301-11.
2. Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E et al., EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2006 Oct; 65(10): 1312-24.
3. Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, Zhang W et al., British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group (SGAWG). British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. Rheumatology (Oxford) 2007 Aug; 46(8): 1372-4.
4. Neogi T. Gout. N Engl J Med 2011 Feb 3; 364(5): 443-52.
5. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet 2010 Jan 23; 375(9711): 318-28.
6. Fox R. Management of recurrent gout. BMJ 2008 Feb 9; 336(7639): 329.
7. Pascual E, Jovaní V. Synovial fluid analysis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005 Jun; 19(3): 371-86.
8. Authors: Makku Hakala, Article ID: ebm00451 (021.050) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.03,2011, http://www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2015 година.**