**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

Семестр: 9 ­­­­­­­­­Курс: 5

**Практическое занятие на тему:**

**«Суставной синдром. Ревматоидный артрит в практике терапевта поликлиники»**

Методические рекомендации

для преподавателей

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«Суставной синдром. Ревматоидный артрит 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

**Тема: «Суставной синдром. Ревматоидный артрит в практике терапевта поликлиники»**

1. **Актуальность темы**: **Ревматоидный артрит (РА)** *—* хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением сус­тавов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Сущность заболевания состоит в поражении суставных тканей (синовиаль­ная оболочка, суставной хрящ, капсула сустава) воспалительным процессом, развивающимся на иммунной основе и приводящим к эрозиям сус­тавных поверхностей костей с последующим формированием выраженных деформаций и анкилозов. В основе нередко наблюдающихся внесуставных поражений лежит иммунокомплексный васкулит, вызывающий поражение внутренних органов и систем.

РА — одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний суставов (частота в популяции составляет 1 %). Болеют чаще женщины (в 2,5 раза), чем мужчины, в пожилом возрасте это различие ме­нее очевидно.

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

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

- анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата;

- гистологические особенности соединительной ткани;

- этиологию, патогенез РА;

- современную классификацию РА;

- 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.

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

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Этиология РА,
2. Основные механизмы патогенеза заболевания.
3. Классификация РА.
4. Методика обследования больных с заболеваниями суставов.
5. Серологическая диагностика РА.
6. 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: «Ревматоидный артрит»**

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. Иммуноглобулины класса М к иммуноглобулинам класса G определяются в крови у больных

1. серопозитивным ревматоидным артритом
2. серонегативным ревматоидным артритом
3. ревматизмом
4. системной красной волчанкой
5. подагрой

2. Что из нижеперечисленного составляет рентгеноло-гическую картину ревматоидного артрита?

1) остеопороз,

2) множественные эрозии суставных поверхностей,

3) остеофитоз,

4) сужение суставной щели

5) остеосклероз.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. 2
2. 2, 3
3. 3, 4
4. 1, 2, 3
5. 3, 5

3. В актуальной терапии ревматоидного артрита применяют все вышеуказанные препараты, кроме

1. преднизолона
2. вольтарена
3. мовалиса
4. метотрексата
5. нимесулида

4. У больной 34 лет выявлен симметричный артрит с поражением суставов кистей рук, утренняя скованность продолжительностью более одного часа, рентгенологически – остеопороз, сужение суставных щелей, множественные краевые узурации околосуставных поверхностей костей. Ваш предварительный диагноз.

1. ревматоидный артрит, 2 рентгенологической стадии
2. ревматоидный артрит, 3 рентгенологической стадии
3. остеоартроз
4. хронический подагрический артрит

5. В патогенетическом лечении какого заболевания применяют инфликсимаб?

1. остром подагрическом артрите
2. хроническом подагрическом артрите
3. ревматоидном артрите
4. остеоартрозе

6. Какие суставы не поражаются в дебюте ревматоидного артрита?

1. тазобедренные
2. лучезапястные
3. коленные
4. проксимальные межфаланговые
5. все перечисленные

7.ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. ГКС
2. НПВС
3. препараты золота
4. цитостатики
5. делагил

8.ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. острого синовиита
2. сопутствующей лихорадки
3. «летучего» характера поражения суставов
4. преимущественного поражения мелких и средних суставов
5. характерно все

9. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ:
6. общий атеросклероз сосудов
7. нарушения углеводного обмена
8. амилоидоз
9. микоз
10. порфирия

10. К МЕРОПРИЯТИЯМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УЛУЧШЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ

АРТРИТОМ ОТНОСЯТСЯ:

1. защита суставных структур
2. ортопедические аппараты
3. физиотерапия
4. верно 2, 3
5. верно все

**Тестовые задания для контроля конечного уровня знаний по теме: «Ревматоидный артрит»**

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ

 СУСТАВЫ

1. локтевые
2. позвоночные
3. крестцово-подвздошные
4. проксимальные межфаланговые суставы кистей
5. коленные
6. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО: УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ; ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА, КРЕПИТАЦИЯ; ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ – СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, СУБХОНДРИАЛЬНЫЙ ОСТЕОСКЛЕРОЗ, ОСТЕОФИТЫ
7. ревматоидный артрит
8. подагрический артрит
9. реактивный артрит
10. деформирующий остеоартроз
11. верно 2, 4
12. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА:
13. повышение СОЭ
14. рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей
15. наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови
16. наличие LE-клеток в крови
17. повышение иммуноглобулинов и СРБ

4. РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ ДЛЯ:

1. подтверждения диагноза ревматоидного артрита у пациентов с полиартритом
2. для оценки прогноза при ревматоидном артрите (высокие титры в начале заболевания, ассоциируется с неблагоприятным прогнозом)
3. для оценки активности и эффективности терапии ревматоидного артрита
4. верно 1, 2
5. верно все
6. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО
	* 1. инфекционно-аллергический полиартрит
		2. ревматический артрит
		3. болезнь Лайма
		4. ревматоидный артрит
		5. склеродермия

6. КАКИЕ ВЫВОДЫ О ПОДКОЖНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ УЗЕЛКАХ НЕ

 ВЕРНЫ:

* + 1. обнаруживаются у 25-30% больных ревматоидным артритом
		2. наиболее часто локализуются в области локтевого отростка
		3. как правило, ассоциируются с выявлением ревматоидного фактора
		4. могут исчезать при назначении базисных противоревматических препаратов
		5. обычно сочетается с более легким течением ревматоидного артрита
1. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ
	* 1. болезненность при движении
		2. крепитация
		3. пролиферативная дефигурация сустава
		4. припухлость и локальное повышение температуры над суставом
		5. нестабильность суставов
2. У ПАЦИЕНТКИ 73 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ПЛОТНЫЕ КОСТНЫЕ РАЗРАСТАНИЯ В ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЕ. КАК НАЗЫВАЮТСЯ ДАННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ?
	* 1. ревматоидные узелки
		2. тофусы
		3. узелки Гебердена
		4. узелки Бушара
		5. нет правильного ответа
3. ПРИЕМ ГКС ВЫЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:
	* 1. мышечная слабость
		2. присоединение вторичной инфекции
		3. гипергликемия
		4. угнетение функции коры надпочечников
		5. все перечисленные
4. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА:
	* 1. наблюдение в динамике
		2. направление на консультацию к ревматологу
		3. направление на консультацию к кардиохирургу
		4. назначение антибиотиков и фуросемида
		5. направление на УЗИ сердца с допплерографией

**Ситуационные задачи для контроля исходного уровня знаний по теме: «Ревматоидный артрит»**

**Ситуационная задача № 1**

Больная 29 лет жалуется на постоянные боли в суставах рук и ног в покое и при движении, на значительное ограничение объема движений в конечностях, особенно до полудня. Больна 10 лет. С тех пор – постоянные боли в суставах, нарастает ограничение движения в них. Неоднократно лечилась в стационарах и санаториях. Настоящее ухудшение - за неделю до поступления.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура –37,5°С. 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. Печень не увеличена.

Опорно-двигательный аппарат: выраженная деформация и дефигурация суставов. Анкилоз локтевых суставов. Кисти в виде "плавников моржа", атрофия межкостных мышц. Активный и пассивный объем движений в суставах резко снижен. При пальпации отмечается болезненность и отечность.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2х1012/л, гемоглобин 112 г/л, лейкоциты 9,0х109/л, палочкояд. 2%, сегментояд- 70%, эоз. 2%, лимфоц. 19%, мон.7%, СОЭ 31 мм/ч

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

Биох. анализ крови: белок – 75 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, фибриноген- 6 г/л СРБ ++, билирубин общий 12 мкмоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевина 4,72ммоль/л,

Реакция Ваалера - Роуза - 1:128.

Рентгенография - остеопороз, сужение суставных щелей, краевые узуры, анкилоз локтевых суставов, подвывихи суставов кистей, кистовидные просветления в эпиметафизах пястных костей и фаланг.

Иммунограмма: IgA 2,9 г/л, IgM 2,0 г/л, IgG 25,6 г/л, ЦИК – 31 ус.ед.

Анализ синовиальной жидкости*:* лейкоциты 24х109/л, белок 40г/л, глюкоза 2,0ммоль/л, ревматоидный фактор положительный (++).

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие диагностические критерии заболевания (Американской ревматологической ассоциации) имеются у этой больной?
2. Что означает реакция Ваалера - Роуза?

3) Сформулируйте диагноз. Установите форму, стадию и фазу заболевания?

4) Какие отличия в клинике и на рентгенограмме суставов у данной больной от клиники и от рентгенологической картины деформирующего остеоартроза?

1. Какое лечение показано? Какая терапия является базисной для данного заболевания?
2. Организация медикаментозного обеспечения при амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи.

**Ситуационная задача № 2**

Больная З., 35 лет. Поступила в стационар ГКБ№ 6 города Уфы с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня. Больна 3 года. Принимала бруфен без видимого эффекта.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,20С. Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц. В легких дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 в мин., пульс ритмичный, частота 80 в 1 мин, полный, мягкий, симметричный. АД 130/80 мм рт.ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови:

эритроциты- 4,6х1012/л; гемоглобин- 139 г/л; лейкоциты - 8,0х109/л

палочкоядерные - 5% сегментоядерные - 67%

эозинофилы - 2% лимфоциты - 19%

моноциты - 7% СОЭ - 35 мм/ч

Общий анализ мочи: прозр., реакция кислая, удельный вес - 1015, белок –отр., лейкоциты 2-0-1 в п/зрения.

Биох. анализ крови: белок – 78 г/л, альбумины 38%, альфа1-глобулины - 11%, альфа2-глобулины - 20%, бета-глобулины - 7%, гамма-глобулины - 22%, холестерин - 5,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий - 18 мкмоль/л, креатинин - 108 мкмоль/л, мочевина - 5,67 ммоль/л, серомукоиды 68 ед, фибриноген-5г/л.

Реакция Ваалер- Роуза 1/128, латекс –тест 1/160.

Иммунограмма: IgA– 2,9 г/л, IgM- 2,0 г/л, IgG – 25,6 г/л, ЦИК- 111 ус. ед.

Рентгенография суставов: сужение межсуставных щелей, множественные узуры, остеопороз эпифизов.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какой синдром является ведущим при данном заболевании?

2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходные клинические симптомы

3. Сформулируйте полный диагноз.

4. Предложите схему лечения для данной больной. Какие группы препаратов относятся к базисной терапии?

5. Какие методы контроля безопасности лечения препаратами золота?

6. Оказание платных медицинских услуг населению.

**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**

1. Заполнение амбулаторной карты.
2. Ведение паспорта здоровья
3. Организация профилактической работы на участке.
4. Оценка ведения карты амбулаторного больного по уровню качества лечения (УКЛ).
5. Диетотерапия при РА.
6. Санаторно-курортное лечение больных РА.

**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.

**Дополнительная литература:**

**1.Шулутко, Борис Ильич**

Справочник терапевта [Текст] : справочное издание / Б. И. Шулутко. - 4-е изд. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2008. - 309 с.

**2. Клинические рекомендации. Ревматология** [Текст]: [рек. УМО в качестве учеб. пособия для системы послевуз. проф. образования врачей] / Ассоциация ревматологов России ; под ред. Е. Л. Насонова. - М.: Гэотар Медиа, 2008. -264 с.

**3. Клинические рекомендации. Ревматология** [Текст] : учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России / Ассоциация ревматологов России ; под ред. Е. Л. Насонова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Гэотар Медиа, 2010. - 738 с

**4. Ревматология. Национальное руководство** [Текст] : учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России / Ассоциация медицинских обществ по качеству, Ассоциация ревматологов России ; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. - М. : Гэотар Медиа, 2008. - 720 с.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ (ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Этапы занятия и их содержание | Время(мин.) | Наглядные пособия | Цель и характер деятельности |
| студент | преподаватель |
| **1.** | Организационный этап | 5 |  | Проверка готовности к занятию (внешний вид, отметка присутствующих) |
| **2**. | Контроль исходного уровня знаний студентов с применением тестового контроля | 20 | Тестовый контроль исходного уровня знаний | Показать уровень освоения теоретического материала | Контроль исходного уровня знаний студентов, объяснение современных концепций этиопатогенеза, клинических проявлений РА |
| **3.** | Ознакомление студентов с содержанием занятия, клинический разбор больного, решение ситуационных задач с аналитическим разбором хода и результатов их решения. Разбор с преподавателем основных вопросов темы занятия:-основные механизмы этиопатогенеза РА;-клинические проявления РА;-лабораторно-инструментальные методы исследования;-фармакотерапия РА;-врачебно-трудовая экспертиза. | 45 | Учебные таблицы, слайды, алгоритмы, индивидуальные карты амбулаторного больного, ситуационные задачи. | Отрабатывает навыки по клиническому обследованию больного, интерпретации данных лабораторно-функциональных методов исследования, формированию клинико-функционального диагноза по Сиднейской классификации | Осуществляет контроль и реализует целевую деятельность студентов по формированию клинического мышления на основе освоения и приобретения практических навыков и умений по амбулаторному ведению больных с РА. Демонстрация преподавателем методики приемов по данной теме: оформление медицинской карты амбулаторного больного при обследовании пациента на приеме, направление на лечение в дневной стационар, оформление листка временной нетрудоспособности, необходимой учетно-отчетной документации. |
| **4.** | Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя:-работа в кабинетах участковых терапевтов;-функциональной диагностики;- лабораториях;-самостоятельный прием больных с РА;-оформление медицинской документации;- экспертная оценка амбулаторных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 90 | Больные, фонендоскоп, методические пособия для студентов, медицинские карты больных, наборы общих анализов крови, биохимии крови. | Уметь выяснить жалобы, собрать анамнез, провести объективное обследование, оценить данные лабораторно-инструментальных методов обследования, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение, оформить первичную документацию, решить экспертный вопрос. | Контроль за проводимыми исследованиями, анализ качества работы, коррекция результатов обследования, диагноза, лечения, принимает и оценивает результаты самостоятельной работы студентов с разбором выявленных ошибок в тактике ведения больных в амбулаторных условиях. |
| **5.** | Обобщающий разбор проведенной работы, повторение ключевых моментов в тактике ведения больных с РА. Экспертная оценка амбулаторных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 90 | Больные, фонендоскоп, методические пособия для студентов, медицинские карты больных, наборы общих анализов крови, биохимии крови. | Анализ клинического случая, формирование клинического мышления критически осмысливает результаты своей деятельности. | Выявляет наиболее типичные общие ошибки в тактике ведения больных с РА, закрепляет усвоенные теоретические знания и практические навыки. Обращает внимание на особенности работы с каждым больным с целью назначения индивидуальной терапии. |
| **6.** | Контроль конечного уровня знаний и умений по теме. | 20 | Тесты, ситуационные задачи, амбулаторные карты. | Показывает уровень усвоения теоретического материала и практических навыков по теме занятия. | Оценивает уровень усвоения практических навыков и умений амбулаторного ведения больных с РА. |