**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. Ревматоидный артрит в практике терапевта поликлиники»**

Методические указания

для студентов

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.

**Литература**

**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. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ревматоидного артрита 2013.
2. Ранняя диагностика и профилактика психических растройств в пожилом возрасте"А.Г. Соловьев, В.В. Попов, И.А. НовиковаУчебно-методическое пособие*,* Архангельск, 2015.
3. Павлов, В. П..      Ревмоортопедия: монография/ В. П. Павлов, В. А. Насонова. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 455 с.
4. 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.
5. Алешина, О. Болезни ног. Варикоз, артрит, подагра. Лечение и профилактика / О. Алешина. - M.: Контэнт, 2013. - 208 c.
6. 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.