**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №45

на тему: **«Диагностика и принципы лечения ревматоидного артрита».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и принципы лечения ревматоидного артрита»**.(50мин)**Актуальность темы:** Ревматология - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать диагностику и принципы лечения ревматоидного артрита .

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Диагностика и принципы лечения ревматоидного артрита. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.  **ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.  **ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.  РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.  **РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - дифференцировать больных  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Ролевая игра врач и пациент | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции |  | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**Лабораторные данные**

**Общий анализ крови**: признаки умеренной нормохромной анемии, при высокой активности и большой длительности заболевания анемия более выражена. Количество лейкоцитов и величина СОЭ зависят от степени активности процесса. Наиболее важный и закономерно изменяющийся пока­затель - повышение СОЭ.

**Биохимические исследования** неспецифично и используются для установления степени активно­сти воспалительного процесса. Выявляются диспротеинемия - уменьшение уровня альбуминов и увеличение - глобулинов, прежде всего а1- иа2 -фракции, повышение содержания фибриногена, серомукоида, гаптоглобина, сиаловых кислот в зависимости от активности процесса, появление в кро­ви С-реактивного белка (СРБ).

**Иммунные исследования крови:**

а) наличие РФ. Определяется с помощью реакции Волера-Роуза, латекс-теста, дерматоловой про­бы. Реакция Волера-Роуза основана на способности сыворотки больного РА вызывать агглютинацию сенсибилизированных бараньих эритроцитов, считается положительной с титра 1:32. Латекс-тест и дерматоловая проба заключаются в способности РФ склеивать нагруженные человеческим глобули­ном частицы латекса и дерматола. Положительны, начиная с титра 1:20. Исследовать РФ в настоящее время рекомендуется параллельно в двух реакциях;

б) содержание в крови В-, Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов (часто снижение количества Т- лимфоцитов, Т-супрессорной функции, дисиммуноглобулинемия);

в) цитруллиновые антитела - это аутоантитела, направленные против участка белка (пеп­тида), который содержит нестандартную аминокислоту цитруллин, не присутствующую обычно в организме. Цитруллин образуется обычно из другой аминокислоты - аргинина в результате фермен­тативного процесса. Обнаружение в крови цитруллиновых антител с высокой вероятностью свиде­тельствует о наличии у пациента, ревматоидного артрита, в том числе при отсутствии «классиче­ских» клинических проявлений в дебюте и отрицательной пробе на ревматоидный фактор.

**Инструментальные исследования**

Рентгенография суставов. Ведущие признаки: околосуставной эпифизарный остеопороз, су­жение суставной щели, краевые эрозии (узуры). Эти изменения развиваются последовательно. Ос­теопороз околосуставной проявляется крупнопетлистой костной структурой (в связи с рассасывани­ем части костных балок), истончением и подчеркнутостью контуров кортикального слоя, исчезнове­нием постепенного перехода от серого тона губчатого вещества к более светлому контуру кортикального слоя, «размытостью» трабекулярного рисунка эпифизов. Сужение суставной щели возника­ет вследствие деструкции хряща. Эрозии (узуры) раньше всего появляются в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых (чаще в головках II—III пястных костей) суставах, костях запястья, в лучезапястном суставе, головках плюсневых костей. В наиболее тяжелых случаях формируется ан­килоз.

При трактовке рентгенологических данных следует учитывать, что нормальная ширина сус­тавной щели составляет: в коленном суставе - 4-8 мм, тазобедренном - 4-5 мм, плечевом - 4 мм, локтевом, голеностопном и грудино-ключичном -3-4 мм, лучезапястном -2-2,5 мм, в пястно­фаланговых и межфаланговых-1,5 мм.

В диагностическом отношении наиболее важны следующие симптомы:

1. стойкий полиартрит с симметричным поражением пястно-фаланговых, проксимальных меж­фаланговых (особенно II и III пальцев) и плюснефаланговых суставов;
2. постепенное прогрессирование суставного синдрома с вовлечением новых суставов;
3. костные эрозии на рентгенограммах;
4. стойкое наличие РФ в крови;
5. подкожные ревматоидные узелки.

Американской ревматологической ассоциацией предложены диагностические критерии (таб­лица 28).

Для постановки диагноза ревматоидного артрита необходимо наличие по крайней мере четы­рех из семи критериев. Признаки 1-4 должны устойчиво сохраняться не менее 6 недель.

Магнитно-резонансное томографическое исследование суставов высокого разрешения. Этот метод исследования позволяет выявить эрозии несколько раньше, чем при проведении обычного стандартного рентгенографического исследования суставов.

**Варианты течения**

Наиболее часто встречается медленно прогрессирующее течение, при котором повреждение суставных поверхностей развивается медленно.

Быстро прогрессирующее течение обычно сочетается с высокой активностью заболевания; повреждение суставов наступает довольно рано. Стойкая нетрудоспособность развивается в течение нескольких лет.

Течениебез заметного прогрессирования сопровождается слабо выраженным полиартритом с незначительной, но стойкой деформацией мелких суставов кистей. Заболевание заметно не прогрес­сирует в течение нескольких лет. Деформация суставов незначительна. Лабораторные признаки ак­тивности слабо выражены. Однако у ряда пациентов описанные виды течения РА могут переходить из одной формы в другую.

**Диагностические критерии ревматоидного артрита**

(Американская ревматологическая ассоциация, 1987)

|  |  |
| --- | --- |
| Критерии | Определение |
| 1. Утренняя ско­ванность | Утренняя скованность (в области суставов или околосуставных тканей), сохраняющаяся по крайней мере в течение 1 ч |
| 2. Артрит трех или более суставов | Припухлость или выпот по крайней мере в трех суставах, уста­новленные врачом. Возможно поражение 14 суставов на пра­вых и левых конечностях (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, запястные, локтевые, голеностопные суставы) |
| 3. Артрит суставов кистей | Припухлость по крайней мере одной группы следующих сус­тавов: запястья, пястно-фаланговых, проксимальных межфа­ланговых суставов |
| 4. Симметричный артрит | Сходное поражение суставов с двух сторон (двустороннее по­ражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых пли плюснефаланговых суставов возможно без абсолютной симметрии) |
| 5. Ревматоидные узелки | Подкожные узелки, локализующиеся на выступающих участ­ках тела или разгиба тыльных поверхностях пли в околосус­тавных участках, определенные врачом |
| 6. Ревматоидный фактор (в сыворот­ке) | Обнаружение повышенной концентрации ревматоидного фак­тора в сыворотке любым методом, дающим положительные результаты не более чем у 5% здоровых людей |

**Лечение**

При преимущественно суставной форме РА применяют один из быстродействующих негор­мональных (нестероидных) противовоспалительных препаратов в сочетании со средствами длитель­ного действия. Нестероидные противовоспалительные препараты применяют длительное время (ме­сяцами). С этой целью чаще всего назначаются напроксен (0,75-1 г),диклофенак (150 мг), индометацин (150 мг), ибупрофен (1,2-3,2 г), нимесулид (200 мг), мелоксикам (7,5-15 мг).

Из препаратов «базисной» терапии назначаются: метотрексат(7,5-15 мг в неделю), сульфасалазин (0,5 г в сутки до 2-3 г), лефлюнамид («Арава») пли препараты золота (тауредон). Метотрексат считают в настоящее время «золотым стандартом» в лечении серопозитивного ВА. Сульфаслазин чаще применяется у больных с серонегативным вариантом РА. Лефлюномид является базисным пре­паратом специально созданным для лечения РА. Он по эффективности сравним с метотрексатом, но побочных эффектов у него меньше. Аминохинолиновые препараты (плаквенил, делагил) не замед­ляют прогрессирование деструкции суставов и поэтому сейчас применяют крайне редко. Препараты золота относят к препаратам второго ряда. Назначаются они при неэффективности и противопоказа­ниях для назначения метотрексата, лефлюнамида и сульфасалазина. Они более токсичны. Циклофосфамид, пенициламин в настоящее время применяются редко из-за значительного количества по­бочных эффектов. В настоящее время рекомендуют применять биологические агенты, которые обла­дают большей эффективностью в сравнении со стандартными базисными препаратами. Наибольший опыт получен при применении инфликсимаба.

***Контрольные тесты для проверки знаний студентов:***

1.Для ревматоидного артрита не харак­терны:

1. ревматоидные узелки;
2. некрозы;
3. кальцинаты;
4. геморрагические сыпи.

2.Для суставного синдрома при ревмато­идном артрите не характерна:

1. утренняя скованность;
2. симметричность поражения суста­вов;
3. летучесть болей;
4. деформация суставов.

3.Для ревматоидного артрита характерно поражение почек в виде:

1. мочекаменной болезни;
2. пиелонефрита;
3. амилоидоза почек;
4. поликистоза почек;
5. цистита.

4.Термин «анкилозирующий спондилит» является синонимом:

1. системной красной волчанки;
2. ревматической лихорадки;
3. болезни Бехтерева;
4. ревматоидного артрита;
5. системной склеродермии.

5.Для артрита, в отличие от артроза, ха­рактерно наличие:

1. боли при движении;
2. хруста в суставе;
3. разрастания кости;
4. опухания и местной гипертермии;
5. ограничения подвижности.

6.Для ревматоидного артрита характерны все признаки, кроме:

1. двустороннего поражения суставов;
2. симметричного поражения суставов кистей;
3. поражения дистальных суставов пальцев рук;
4. отсутствия поражения крестцово­-подвздошного сочленения;
5. подвывихов мелких суставов.

7.Диагноз ревматоидного артрита может быть поставлен при наличии:

1. «летучих» артралгий, преимущест­венно крупных суставов;
2. стойких артралгий, блока сустава, остеофитов;
3. острого моноартрита сустава боль­шого пальца стопы;
4. симметричности поражения суста­вов, утренней скованности, форми­ровании анкилозов;
5. выраженных болей по ходу позво­ночника, усиливающихся при дви­жениях, смещения позвонков.

8. Поражение суставов отмечается при:

1. острой ревматической лихорадке;
2. гломерулонефрите;
3. язвенной болезни;
4. тиреотоксикозе;
5. крупозной пневмонии.
6. Поражение крупных суставов и лету­честь болей характерно для:
7. болезни Бехтерева;
8. подагры;
9. острой ревматической лихорадки;
10. ревматоидного артрита;
11. системной красной волчанки.
12. Стойкая деформация суставов харак­терна для:
13. острой ревматической лихорадки;
14. ревматоидного артрита;
15. бруцеллеза;
16. реактивного артрита.

11.Утренняя скованность суставов про­должительностью более 30 мин. явля­ется диагностическим критерием:

1. подагры;
2. острой ревматической лихорадки;
3. ревматоидного артрита;
4. дерматомиозита;
5. системной склеродермии.