**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

План-разработка практического занятия № 14 на тему:

**Диагностика и лечение ревматоидного артрита в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение ревматоидного артрита в амбулаторных условиях».** (1 час)**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) — наиболее частое воспалительное заболевание суставов, характеризующееся эрозивным симметричным полиартритом в сочетании с системным иммуновоспапительным поражением внутренних органов Распространенность РА в популяции по данным ВОЗ составляет от 0,5 до 1% (Базоркина ДИ, Эрдес Ш , 2005) Установлено, что около 70% случаев эрозивно-деструктивных изменений в суставах развиваются в течение первых 3-6 месяцев от дебюта заболевания, что определяет неблагоприятный прогноз его течения.

**План занятия:**

1. Определение ревматоидного артрита.
2. Классификация ревматоидного артрита.
3. Этиология и клиническая картина РА.
4. Дифференциальная диагностика РА.
5. Алгоритм диагностики РА учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. План лечения РА в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

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

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

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение ревматоидному артриту.
2. Перечислите классификацию РА.
3. Назовите симптомокомплекс, характерный для РА.
4. Проведите дифференциальную диагностику РА.
5. Расскажите алгоритм диагностики РА с учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. Составьте план лечения при РА в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления РА.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента РА.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
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.
* Владеть техникой правильной пальпации щитовидной железы.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Костно-суставная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Гормональные препараты
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ОКС в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение стабильной стенокардии напряжения в амбулаторных условиях.

**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 знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения РА;
* дифференциальную диагностику РА.
* особенности диагностики РА с учетом инструментально-лабораторных исследований в амбулаторных условиях;
* принципы фармакотерапии в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

***После изучения темы занятия студент должен уметь и владеть навыками:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15). | **РОт**: Знает и понимает: РА.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз РА с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы РА;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией РА и острого бронхита;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**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 штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 3 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов | 7 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 8 мин |
| 6 | 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 | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать 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 | 2мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

* 1. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016
	2. Клинические рекомендации «Ревматология», 2-е издание исправленное и дополненное/ под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 738 с.
	3. Каратеев Д..Е, Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 — шаг вперед к ранней диагностике//Научно-практическая ревматология, 2011 , №1, С 10-15.
	4. Ревматология, Под ред. Н.А. Шостак, 2012г.
	5. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
	6. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 5. Лекционный материал.

**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)

**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**

1. НАЗОВИТЕ СРЕДСТВО БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

а) Курантил

+б) Ритуксимаб

в) Антуран

г) Никотиновая кислота

2. УКАЖИТЕ ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

+а) Утренняя скованность

б) Боли по ходу позвоночника

в) «Стартовые боли»

г) Отек I пальца стопы

д) Наличие тофусов

3. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

+а) Сиаловые кислоты

б) Мочевая кислота

в) Трансаминазы

г) Холестерин

д) Креатинин

4. УКАЖИТЕ ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДОА

а) Кольцевидной эритемы

б) Тофусов

в) Уплотнения мышц бедра

г) Ригидность пищевода

+д) Узелки Гебердена

5. ОТМЕТЬТЕ ЧТО ИМЕЕТ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

а) Повышенное содержание мочевой кислоты

б) Диспротеинемия

в) Анемия

г) Лимфоцитоз

+д) Обнаружение рогоцитов в синовиальной жидкости

6. УКАЖИТЕ СРЕДСТВО ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ДЕФОРМИРУЮЩИМ

ОСТЕОАРТРОЗОМ

а) Алопуринол

б) Преднизолон

в) Колхицин

+г) Индометацин

д) Д-пенициламин

7.ОТМЕТЬТЕ ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

а) Двустороннее поражение суставов

б) Симметричность поражения

+в) Преимущественное поражение I плюснефалангового сустава

г) Отсутствие поражение крестцово-подвздошного сочленения

д) Подвывихи мелких суставов

8. СОПОСТАВЬТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ 3-Й СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

а) Сужение суставной щели

б) Околосуставной остеопороз

+в) Значительное разрушение хряща и кости

г) Круглые дефекты в эпифизах костей

9. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ В

СУСТАВАХ НАЗНАЧАЮТ

а) Аминохинолиновые препараты

+б) Нестероидные противовоспалительные препараты

в) Кортикостероиды

г) Колхицин

10. НАЗОВИТЕ КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

+а) Проксимальные межфаланговые суставы

б) Первый пястно-фаланговый сустав

в) Плечевые суставы

г) Шейный отдел позвоночника

**Краткое содержание темы:**

**Ревматоидный артрит (РА)** - аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов.

**Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:[1]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Код** | **МКБ-10** | **Код** | **МКБ-9** |
| М05. |  Ревматоидный артрит | 714 | Ревматоидный артрит |
| М05.0 | Синдром Фелти. | 714.3 | Ювенильный артрит |
| М05.1М05.2.М05.3. М05.8.М05.9.  | Ревматоидная болезнь лёгкихРевматоидный васкулитРевматоидный артрит с вовлечением других органов и систем.Другие серопозитивные  ревматоидные артритыСеропозитивный ревматоидный артрит неуточнённый | - | - |
| М06М06.0.М06.1.М06.2.М06.3.М06.4.М06.8.М06.9 | Другие ревматоидные артритыСеронегативный ревматоидный артритБолезнь Стилла у взрослыхРевматоидный бурсит.Ревматоидный узелокВоспалительная полиартропатияДругие неуточнённые ревматоидные артритыРевматоидный артрит неуточнённый | - | - |
| M13.0  | Недифференцированный артрит | - | - |

**Дата разработки протокола:**2016 год (пересмотренный с 2013 года).

**Классификация**:
**Клинические варианты НА:**
·          олигоартрит крупных суставов;
·          асимметричный артрит суставов кистей;
·          серонегативный олигоартрит суставов кистей;
·          мигрирующий нестойкий полиартрит.

**Рабочая классификация ревматоидного артрита:**
**Основной диагноз:**
·          Ревматоидный артрит серопозитивный (М05.8);
·          Ревматоидный артрит серонегативный (М06.0);
·          Особые клинические формы ревматоидного артрита;
- синдром Фелти (М05.0);
- болезнь Стилла у взрослых (М06.1).
·          Ревматоидный артрит вероятный (М05.9, М06.4, М06.9).

**Клиническая стадия**:
·          Очень ранняя стадия: длительность болезни менее 6 мес.;
·          Ранняя стадия: длительность болезни 6 мес - 1 год;
·          Развернутая стадия: длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики;
·        Поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция мелких (III—IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.

**Степень активности болезни:**
·          0 - ремиссия (DAS28<2,6);
·          I - низкая (DAS28 = 2,6-3,2);
·          II - средняя (DAS28=3,3-5,1);
·          III - высокая (DAS28>5,1).

**Внесуставные (системные) признаки**:
·          Ревматоидные узелки;
·          Кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит);
·          Нейропатия (мононеврит, полинейропатия);
·          Плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной);
·          Синдром Шегрена;
·          Поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки).

**Инструментальная исследование:**
Наличие или отсутствие эрозий: неэрозивный; эрозивный (данные рентгенографии, МРТ, УЗИ)

**Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру):**
I - околосуставной остеопороз;
II - околосуставной остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии
III - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии+ подвывихи в суставах;
IV - признаки предыдущих стадии + костный анкилоз.

**Дополнительная иммунологическая характеристика** - антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП):
АЦЦП - присутствуют (+).
АЦЦП - отсутствуют (-).

**Функциональный класс (ФК):**

·   I класс - полностью сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

·   II класс - сохранены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной деятельностью, ограничены возможности занятием профессиональной деятельностью.

·  III класс - сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

·  IV класс – ограничены возможности самообслуживания, занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

**Осложнения:**
·          Вторичный системный амилоидоз.
·          Вторичный остеоартроз
·          Остеопороз (системный)
·          Остеонекроз
·          Туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов).
·          Подвывих в атланто-аксиальном суставе, в т.ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника
·          Атеросклероз

**В диагнозе необходимо отразить**
·          Основной диагноз,
·          Клиническую стадию,
·          Активность болезни,
·          Внесуставные (системные) проявления,
·          Инструментальную характеристику,
·          Серопозитивность по АЦЦП,
·          Функциональный класс,
·          Осложнения.

**Диагностика (амбулатория)**

ДИАГНОСТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-10]

**Диагностические  критерии:**

**Жалобы:**
·          боль, отечность, утренняя скованность преимущественно в мелких суставах кистей;
·          затруднение сжатия кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе;
·          быстрая утомляемость;
·          общее недомогание;
·          потеря в весе;
·          повышение температуры;
·          улучшение состояния при приеме НПВП.

**Анамнез:**
В анамнезе необходимо уточнить:
·          продолжительность симптомов артрита;
·          наличие и длительность утренней скованности;
·          наличие «суточного ритма» боли в суставах с характерным усилением боли в ранние утренние часы;
·          стойкость признаков симметричного поражения суставов;
·          сведения о сопутствующей патологии, предшествующей и сопутствующей терапии, вредных привычках, которые влияют на выбор методов лечения и оценку ближайшего и отдаленного прогноза.

**Физикальное обследование:**
**Поражение суставов:**
Наиболее характерные проявления в дебюте заболевания:
·          Боль (при пальпации и движении) и симметричная припухлость (связана с выпотом в полость сустава) поражённых суставов.
·          Снижение силы сжатия кисти.
·          Утренняя скованность в суставах (длительность зависит от выраженности синовита).
·          Ревматоидные узелки (редко, проявление системности заболевания). Наиболее характерные проявления - в развёрнутой и финальной стадиях заболевания.
·          **Кисти**: ульнарная девиация, обычно развивающаяся через 1-5 лет от начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах) или «шеи лебедя» (переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах); деформация кисти по типу «лорнетки».
·          **Коленные суставы*:*** сгибательная и вальгусная деформация, киста Бейкера.
·          **Стопы:** подвывихи головок плюснефаланговых суставов, тибиальная девиация, деформация большого пальца.
·          **Шейный отдел позвоночника*:*** подвывихи в области атлантоаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.
·          **Связочный аппарат и синовиальные сумки*:*** тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава;

**Внесуставные проявления:**
Иногда могут превалировать в клинической картине. Кардиоваскулярные и тяжелые инфекционные осложнения являются факторами риска неблагоприятного прогноза.
·          **Конституциональные симптомы**: генерализованная слабость, недомогание, похудание, субфебрильная лихорадка.
·          **Сердечно-сосудистая система*:*** перикардит, васкулит, раннее развитие атеросклероза.
·          **Лёгкие:**плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).
·          **Кожа:** ревматоидные узелки, утолщение и гипотрофия кожи; дигитальный артериит, микроинфаркты в области ногтевого ложа, сетчатое ливедо.
·          **Нервная система:** компрессионная нейропатия, симметричная сенсорно - моторная нейропатия, множественный мононеврит, шейный миелит.
·          **Мышцы*:*** генерализованная амиотрофия.
·          **Глаза:** сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, периферическая язвенная кератопатия.
·          **Почки:** амилоидоз, васкулит, нефрит (редко).

**Лабораторные исследования:**
·          ОАК;
·          Биохимический анализ крови (АлТ, АсТ, общий белок и фракции, глюкоза, креатинин, холестерин):
·          СРБ;
·          РФ;
·          АЦЦП.

**Инструментальные исследования:**
·          Рентгенологическое исследование суставов;
·          Ультразвуковое исследование суставов;
·          МРТ кистей;
·          ЭКГ;
·          Эхокардиография;
·          Рентгенография легких в двух проекциях.

**Для ранней диагностики** ревматоидного артрита и направления на консультацию к врачу-ревматологу необходимо наличие следующих критериев:
·          определяемая при осмотре припухлость хотя бы одного периферического сустава;
·          положительный симптом «сжатия» кистей и/или стоп;
·          утренняя скованность длительностью 30 минут и более.
Для верификации диагноза рекомендуется применение Классификационных критериев ревматоидного артрита  (таблица 1).

**Таблица 1. Классификационные критерии:**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Баллы |
| A.   Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0-5 баллов)1 крупный сустав-2-10 крупных суставов - 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)- >10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав) |   01235 |
| B. Тесты на РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется как минимум 1 тест)-Отрицательны- Слабо позитивны для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза)- Высоко позитивны для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы) |  0 2 3 |
| C. Острофазовые показатели (0-1 балл, требуется как минимум 1 тест)-         Нормальные значения СОЭ и СРБ-         Повышение СОЭ или СРБ |  01 |
| D. Длительность синовита (0-1 балл)< 6 недель  ≥6 недель |  01 |

*Согласно этим критериям, выделяют 4 категории суставов (таблица 2)*

**Таблица 2. Категории суставов в критериях:**

|  |
| --- |
| **Суставы исключения**: не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, первых запястно-пястных суставов и первых плюснефаланговых суставов |
| **Крупные суставы:** плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные |
| **Мелкие суставы:** пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, 2-5 плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястное суставы |

**Диагностический алгоритм: (*схема*)**


**Перечень дополнительных диагностических мероприятий**:

**Лабораторные исследования:**
·     Анализ кала на скрытую кровь;
·     Билирубин, холестерин;
·     ИФА на ЗППП (хламидии);
·     Маркёры вируса гепатитов В, С;
·     Реакция Райта-Хаддлсона;
·     Анализ на ВИЧ;
·     Проба Реберга;
·     Определение антител к двуспиральной ДНК (dsDNA) в сыворотке крови;
·     Определение антинуклеарных аутоантител (ANA);
·     Определение кальция, щелочной фосфатазы;
·     Анализ синовиальной жидкости.

**Инструментальные исследования:**
·     ЭКГ (пациентам старше 50 лет);
·     Рентгенография костей таза, других суставов;
·     ЭФГДС;
·     УЗИ органов брюшной полости, почек;
·     Эхо-КГ;
·     Денситометрия (предпочтительно, DEXA);
·     Определение суточной протеинурии;
·     Ультразвуковая допплерография артерий;
·     Ультразвуковое исследование щитовидной железы;
·     Рентгеноскопическое исследование пищевода с контрастированием;
·     Компьютерная томография костно-суставной системы (1 анатомическая зона).

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-7]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Диагноз*** | ***Обоснование для дифференциальной диагностики*** | ***Обследования*** | ***Критерии исключения диагноза*** |
| **Остеоартроз**   | Незначительная припухлость мягких тканей, вовлечение дистальных межфаланговых суставов. | ОАК,АЦЦП,рентген суставов  | Отсутствие выраженной утренней скованности, боли в суставах механического и стартового характера,отрицательный АЦЦП, РФ.На рентгенограмме кистей картина остеосклероза, остеофитоза. |
| **Системная красная волчанка.** | Суставной синдром: артрит мелких суставов кистей. | ОАК,Ревматоидный фактор,АЦЦП,АНФ, АНАрентген суставов. | Артрит неэрозивныйВысокие титры АНФ, АНА.Имеются системное поражение внутренних органов и выраженный конституциональный синдром. |
| **Подагра**  | При хронической форме может быть симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп, субкортикальные эрозии на рентгенограммах. | ОАК,ОАМ,Ревматоидный фактор,АЦЦП,Мочевая кислота,рентген суставов,пункция суставов  | Отсутствует РФ и АЦЦП,часто наблюдается гиперурикемия,наличие тофусов |
| **Спондилоартриты (Псориатический артрит, Анкилозирующий спондилит, реактивный артрит).** | Асимметричный моноартрит, олигоартрит, иногда симметричный полиартрит, | ОАК,ОАМ,Ревматоидный фактор,АЦЦП,HLA-B27,                                           тесты на хламидии, рентген суставов  | Мутилирующий артрит, «сосискообразный» артрит (дактилит), поражения осевого скелета, часты энтезиты. Частое поражение дистальных межфаланговых суставов, осевое поражение, веретенообразная припухлость пальцев. Отсутствует РФ и АЦЦП; одно-или двухсторонний сакроилеит. Частая серопозитивность по HLA-B27. |
| **Системная склеродермия**  |   | ОАК,Иммунологические тесты | Феномен Рейно и уплотнение кожи, поражение пищевода, легких; редко может выявляться артрит, обычно артралгии; ограничение объёма движений, связанное с прикреплением кожи к подлежащей фасции.Нет эрозивного артрита. |
| **Ревматическая полимиалгия** | Суставной синдром | ОАК, РФ, АЦЦП, рентгенография суставов | Диффузная боль и утренняя скованность в осевых суставах и проксимальных группах мышц. Выраженный ответ на глюкокортикоидную терапию.Выраженное повышение СОЭ; редко возникает в возрасте моложе 50 лет |
| **Вирусные артриты**   | Характерна утренняя скованность с симметричным поражением суставов кистей и лучезапястных суставов, может выявляться РФ | ОАК,ОАМ,Ревматоидный фактор, рентген суставов  | Может выявляться вирусная экзантема. В большинстве случаев спонтанно проходит в течение 4-6 нед.  |
| **Фибромиалгия**  | Распространённая мышечно-скелетная боль и скованность, парестезии, непродуктивный сон, усталость | ОАК,ОАМ,Ревматоидный фактор, рентген суставов  | Множественные симметричные «триггерные» точки (для диагноза достаточно наличие 11 из 18);лабораторные исследования и исследование суставов - без патологии (нет артрита)  |

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

**Тактика лечения**
Лечение пациентов должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения – врачами общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога) с привлечением специалистов других медицинских специальностей (ортопеды, физиотерапевты, кардиологи, невропатологи, психологи и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента

**Немедикаментозное лечение**:
·         Избегать факторов, которые потенциально могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.);
·         Отказ от курения и приёма алкоголя;
·        Курение может играть роль в развитии и прогрессировании РА. Выявлена ассоциация между количеством выкуриваемых сигарет и позитивностью по РФ, эрозивными изменениями в суставах и появлением ревматоидных узелков, а также поражением лёгких (у мужчин);
·         Поддержание идеальной массы тела;

·       Сбалансированная диета, включающая продукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, оливковое масло и др.), фрукты, овощи потенциально подавляет воспаление, снижает риск кардиоваскулярных осложнений;

·          Обучение пациентов (изменение стереотипа двигательной активности и др.);
·          Лечебная физкультура (1 -2 раза в неделю);
·          Физиотерапия:       тепловые    или   холодовые процедуры, ультразвук, иглорефлексотерапия, лазеротерапия;
·        Ортопедическое пособие (профилактика и коррекция типичных деформаций суставов и нестабильности шейного отдела позвоночника, ортезы, стельки, ортопедическая обувь);
·          Санаторно-курортное лечение показано только больным в стадии ремиссии;
 На протяжении болезни необходимы активная профилактика и лечение сопутствующих заболеваний.

 **Медикаментозное лечение:**
Лечение пациентов должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения – врачами общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента
Лечение РА основано на рациональном применении медикаментозной терапии, включающей НПВП, ГК, БПВП и ГИБП.

Основные принципы стратегии «Лечение до достижения цели» (Treat To Target, T2T):
·          Лечение должно быть персонифицированным;
·      Лечение БПВП, в первую очередь МТ, должно начинаться как можно раньше, желательно в течение первых 1-6 месяцев от начала болезни («окно возможности»);
·         Лечение должно быть максимально активным с быстрой эскалацией дозы МТ до 25-30 мг/нед и последующим изменением (при необходимости) схемы лечения (в том числе комбинированная терапия) в течение 3-6 месяцев для достижения максимально возможного терапевтического эффекта;
·          В случае недостаточной эффективности стандартной терапии базисными препаратами показано рациональное назначение ГИБП.

**Перечень основных лекарственных средств:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное средство (международное непатентованное название)** | **Фармакологические группы** | **Способ введения и ед.измерения (таблетки, ампулы, капсула)** | **Разовая доза** | **Кратность применения (кол-во раз в день)\*\*** | **Длительность применения (кол-во дней)** | **Уровень доказательности** |
| **Цитостатическая терапия** |
| Метотрексат | Антиметаболит | внутрь | 7,5-25 мг | 1 раз в неделю | длительно | УД- А [17 – 21] |
| Метотрексат | Антиметаболит | п/к | 7,5-25 мг | 1 раз в неделю | длительно | УД- А [22, 23] |
| Лефлуномид | Иммунодепрессант | таблетки | 20 мг  | 1  | 7 | УД- А [24, 25] |
| Сульфасалазин | Сульфаниламиды | внутрь | 500-2000 мг | 2-3 раза в сутки | длительно | УД- А [19,27] |
| **Глюкокортикостероидная терапия** |
| Метилпреднизолон |  Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат | внутрь | 4-16мг | 1-2 раза в сутки | Курсами | УД- А [17, 18, 19,  28, 29] |
| Преднизолон |  Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат | внутрь | 5-15мг | 1-2 раза в сутки | Курсами | УД- А [17, 18, 19,  28, 29] |
| **Нестероидные противовоспалительные препараты** |
| Диклофенак | Производный уксусной кислоты | внутрь | 75-200 мг | 1-3 раз в сутки | Курсами | УД – В [18,19, 30] |
| Мелоксикам | производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2 | внутрь | 7,5-15 мг | 1-2 раз в сутки | длительно | УД – В [18,19, 31] |
| Нимесулид | НПВП из класса сульфонамидов | внутрь | 100-200 мг | 1-2 раз в сутки | длительно | УД – В [18,19, 32] |
| Лорноксикам | производное оксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2 | внутрь | 8-32мг в сутки | 1-2 раз в сутки | Курсами | УД – В [18,19, 33] |
| Ацеклофенак | Производное фенилуксусной кислоты | внутрь  | 100 мг в сутки | 1 раз в сутки | длительно | УД – В [18,19, 34] |
| Эторикоксиб | Коксибы | внутрь  | по 60-120 мг в сутки | 1-2 раза в сутки | длительно | УД – В [18,19, 35–36] |
| Кетопрофен | Производное пропионовой кислоты | внутрь | 50-150 мг | 1-3 раза в сутки | 5 дней | УД – В [18,19, 37] |
| **Генно-инженерные-биологические препараты** |
| Тоцилизумаб  | Иммунодепрессант, блокатор рецепторов интерлейкина 6 | Подкожно | 162 мг/0,9 мл  | 1раз в месяц | длительно | УД – А [17, 20, 38, 39] |
| Этанерцепт | Рекомбинантный химерный белок к ФНО-а и лимфотоксину | п/к  | 50 мг | 1 раз в неделю  | длительно | УД – А [17, 20, 43] |
| Адалимумаб | Рекомбинантные человеческие  моноклональные  антитела  к ФНО | п/к | 40 мг п/к | 1 раз в 2 недели | длительно | УД – А [17, 20, 44] |
| Голимумаб | Рекомбинантные человеческие  моноклональные  антитела  к ФНО | п/к | 50 мг п/к | 1 раз в месяц | длительно | УД – А [17, 20, 45] |
| **Препараты кальция и витамина D** |
| Кальция  карбонат 2500 мг, (эквивалентно элементарному кальцию 1000 мг), холекальциферол 22 мкг (800 МЕ витамина Д3) |   | внутрь | 1 таблетка | 1 раз в сутки | На все время проведения глюкокортикоидной терапии | УД – А |

**Перечень дополнительных лекарственных средств:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное средство (международное непатентованное название)** | **Фармакологические группы** | **Способ введения** | **Разовая доза** | **Кратность применения** | **Длительность курса лечения** | **Уровень доказательности** |
| **Опиоидные анальгетики** |
| Трамадол | Опиоидный наркотический анальгетик |  в/м | 50г-100мг | 1-2 раз в сутки | 1-5 дней | УД – В [18, 19, 46, 47] |
| Трамадол | Опиоидный наркотический анальгетик | Внутрь | 50 мг1мл,2 мл | 1-2 раз в сутки | 5-10 дней | УД – В [18, 19, 46, 47] |
| **Витамины** |
| Фолиевая кислота | Витамин | Внутрь | 1 мкг | 10-15 мкг в неделю | Длительно | УД –А [65] |

В случае недостижения цели при применении МТ и/или других БПВП (с ГК или без них), следует рассмотреть вопрос о назначении ГИБП (см. таблицу ниже).

Показания для назначения ГИБП:
·          больные РА, недостаточно отвечающие на МТ и/или другие синтетические БПВП;
·       больные с умеренной/высокой активностью РА, при наличии признаков плохого прогноза: (а) высокая активность болезни, (б) РФ+ /АЦЦП+, (в) раннее появление эрозий, (г) быстрое прогрессирование (появление более 2 эрозий за 12 мес даже при снижении активности);
·          больные с сохраняющейся умеренной/высокой активностью или с плохой переносимостью терапии, по крайней мере, двумя стандартными БПВП, одним из которых должен быть МТ в течение 6 месяцев и более или менее 6 месяцев в случае необходимости отмены БПВП из-за развития побочных эффектов (но обычно не менее 3 мес.).

**Для решения вопроса о необходимости проведения ГИБТ пациент направляется на экспертную комиссию, в состав которой входят главный (внештатный) ревматолог региона, ведущие ревматологи, имеющие опыт применения ГИБП.**
Для направления на комиссию пациент должен быть обследован:
·          Общий анализ крови, микрореакция;
·          Общий анализ мочи;
·          АЛТ, АСТ;
·          Креатинин;
·          Общий белок;
·          Глюкоза;
·          Общий холестерин;
·          СРБ, РФ;
·          АЦЦП;
·          Маркёры вируса гепатитов В, С;
·          Реакция Райта-Хеддлсона;
·          Анализ на ВИЧ;
·          Рентгенография органов грудной клетки (давностью не более полугода);
·          Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции (давностью не более 1 года);
·          ЭКГ (пациентам старше 50 лет);
·          Эхо-КГ.
Подбор, определение показаний и противопоказаний для ГИБП и первое инфузионное введение ГИБП проводится исключительно в специализированных ревматологических стационарах, персонал которых обладает навыками проведения ГИБТ, имеющих необходимое оборудование и лекарственные препараты для оказания реанимационной помощи пациентам в случае развития внештатных ситуаций. Последующие инфузионные введения должны проводиться исключительно в кабинетах антицитокиновой (биологической) терапии, а при их отсутствии – в палате (отделении) дневного стационара при ревматологическом отделении (стационаре).
Препараты, вводимые шприц-ручкой (смартджектом) предполагают самостоятельное введение пациентом, желательно под контролем лечащего врача.

**Первичная профилактика:** отсутствует.
**Вторичная профилактика:**
·      отказ от курения, особенно для родственников первой степени родства больных АЦЦП позитивным РА;
·      своевременно распознавать начавшееся обострение заболевания и коррекция терапии;
·      распознавание осложнений лекарственной терапии;
·      профилактика побочного действия лекарственной терапии.

**Мониторинг состояния пациента:**
Все больные РА подлежат диспансерному наблюдению:
·      несоблюдение рекомендаций и самостоятельное прерывание лечения — независимые факторы неблагоприятного прогноза болезни;
·      тщательный мониторинг клинико-лабораторной активности РА;
·      посещение ревматолога не реже 2 раз в 3 мес.;
·      каждые 3 мес: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин);
·     Ежегодно: исследование липидного профиля (с целью профилактики атеросклероза), денситометрия (диагностика остеопороза), рентгенография костей таза (выявление асептического некроза головки бедренной кости).

**Индикаторы эффективности лечения:**
·          достижение клинико-лабораторной ремиссии.
В оценке терапии больных РА рекомендуется использовать критерии EULAR по индексу DAS28.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уменьшение DAS 28 | >1,2 | 0,6-1,2 | <0,6 |
| Конечное значениеDAS 28 |
| <3,2 | Хороший эффект | Удовлетворительный эффект | Без эффекта |
| 3,2-5,1 | Удовлетворительный эффект | Удовлетворительный эффект | Без эффекта |
| >5,1 | Удовлетворительный эффект | Без эффекта | Без эффекта |

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

**Показания для плановой госпитализации:**
·     уточнение диагноза и оценка прогноза;
·     подбор и, при необходимости, - коррекция дозы БПВП;
·     решение вопроса о назначении ГИБТ;
·     высокая степень активности, системные проявления РА;
·     развитие интеркуррентной инфекции, септического артрита или других тяжёлых осложнений болезни или лекарственной терапии.

**Показания для экстренной госпитализации:**
·          высокая степень активности с выраженным болевым суставным синдромом и выраженными внесуставными проявлениями;
·          развитие тяжелой интеркуррентной инфекции у пациента, получающего ГКС и БМАРП терапию;
·          осложнения лекарственной терапии (тяжелые гематологические и геморрагические  осложнения, пневмонит, поражение ЖКТ, токсический гепатит);
·          атланто-аксиальный подвывих, сопровождающийся развитием неврологической симптоматики и миелопатии (в профильное нейрохирургическое отделение), разрыв сухожилия, сдавление нерва (в профильное травматологическое отделение)





