**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 ситуациях  при 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 штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, 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 ситуации  Активизация 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 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 | 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 |
| М05.1 М05.2. М05.3.   М05.8. М05.9. | Ревматоидная болезнь лёгких Ревматоидный васкулит Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем. Другие серопозитивные  ревматоидные артриты Серопозитивный ревматоидный артрит неуточнённый | - | - |
| М06 М06.0. М06.1. М06.2. М06.3. М06.4. М06.8. М06.9 | Другие ревматоидные артриты Серонегативный ревматоидный артрит Болезнь Стилла у взрослых Ревматоидный бурсит. Ревматоидный узелок Воспалительная полиартропатия Другие неуточнённые ревматоидные артриты Ревматоидный 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)**

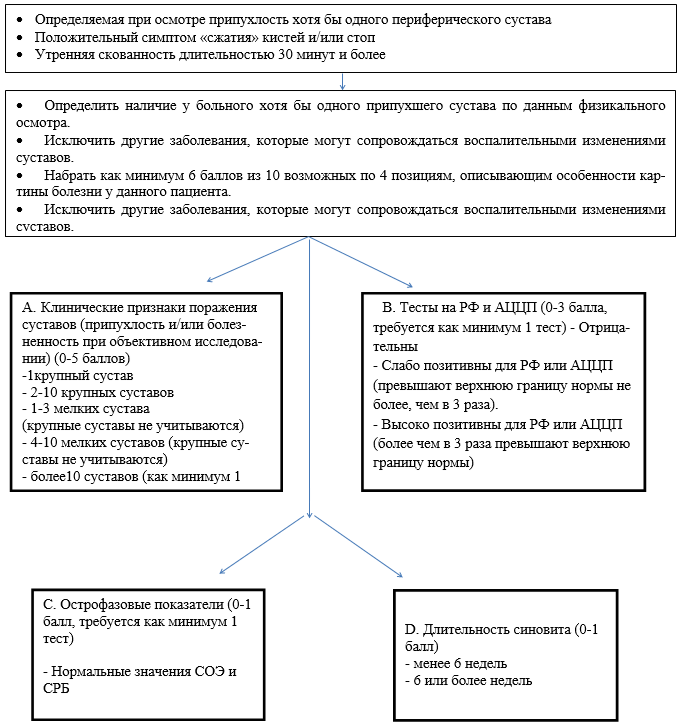
ДИАГНОСТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-10]  
  
**Диагностические  критерии:**  
  
**Жалобы:**  
·          боль, отечность, утренняя скованность преимущественно в мелких суставах кистей;  
·          затруднение сжатия кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе;  
·          быстрая утомляемость;  
·          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) | 0 1 2 3 5 |
| 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 | 0 1 |
| D. Длительность синовита (0-1 балл) < 6 недель   ≥6 недель | 0 1 |

*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, АНА рентген суставов. | Артрит неэрозивный Высокие 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 мг 1мл,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 значение DAS 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)

