

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

Баймурадов Ш.А.

_____ 2022 год

СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

**Учебно-методическое пособие для преподавателей, студентов IV курса
лечебного и медико-педагогических факультетов медицинских высших
образовательных учреждений**

Ташкент – 2022

Кадырова Ш. А., Жаббаров О.О., Асанова Г.К., Салаева М.С.//
“Серонегативные спондилоартриты” Учебно-методическое пособие //
ООО «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» – 2022 г. 38 стр.

Производящая организация: Ташкентская медицинская академия, кафедра факультетской и госпитальной терапии №2

Составители:

- Кадырова Ш. А.-** старший преподаватель кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА.
- Жаббаров О.О.-** д.м.н., доцент заведующий кафедрой факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА.
- Асанова Г.К. -** заведующая кафедрой терапевтических дисциплин Южно-Казахстанской медицинской академии к.м.н., доцент
- Салаева М.С.-** к.м.н., доцент кафедры симуляционного обучения ТМА

Рецензенты:

- Хамраев А.А.** д.м.н., профессор заведующий кафедрой внутренние болезни №2 Ташкентской медицинской академии.
- Мунавваров Б.А. –** к.м.н., доцент, кафедры терапевтического направления №2 Ташкентского Государственного Стоматологического Института

Рассмотрено на “Центральной методической комиссией”
Протокол № 4 от « 3 » декабря 2021г.

Рассмотрено и утверждено Советом Ташкентской медицинской академией
Протокол № 5 от « 22 » декабря 2021г.

Ученый секретарь ВУЗа:



Исмаилова Г.А.

Тема: СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

Модель технологии обучения

Количество часов – 4 часов	Количество обучающихся: 6-7 человек
Форма учебного занятия	Практическое занятие
Структура занятия	1. Теоретическая часть 2. Практическая часть
Цель учебного занятия:	углубление и расширение знаний этиологии, развития, классификацию, клиники, диагностики серонегативной спондилоартриты. Развитие способности оценки и анализа ситуации критериев при курации больных. Умения и навыки выполнения алгоритма.
Студент должен знать	<ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенеза, классификацию серонегативной спондилоартриты ;- клинику, диагностику, дифференциальную диагностику серонегативной спондилоартриты; - принципы лечения язвенной болезни; - группу препаратов для лечения язвенной болезни; -профилактику язвенной болезни.
Студент должен выполнять	<ul style="list-style-type: none"> – уметь курировать больного язвенной болезни; - знать основные клинические варианты; - интерпретировать результатов лабораторно- инструментальных методов обследования; -провести диагностику и дифференциальную диагностику язвенной болезни; - уметь выписывать рецепты препаратам.
Задачи преподавателя: закрепить и углубить знания по оценке и анализу общего	Результаты учебной деятельности: <ul style="list-style-type: none"> • оценивают и анализируют ситуацию и общее состояние больных язвенной болезни; • выбирают алгоритм действий для постановки диагноза;

состояния больных язвенной болезни, выработать умение выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза. Выработать навыки по оказанию рациональной терапии	<ul style="list-style-type: none"> • выработывают алгоритм лечения больных язвенной болезни.
Методы обучения	Мозговой штурм, решение проблем, методические указания, демонстрация больных, работа книгами
Средства обучения	Работа в малых группах, «Решение проблемы», «Графические органайзеры»
Форма обучения	Доска-стенд, видеофильмы, рисунки, слайды
Условия обучения	Оснащенные с ТКАми учебные комнаты
Мониторинг и оценка	Устный опрос, блиц опрос, презентация, оценка

Технологическая карта учебного занятия

Этапы	Содержание работы	Деятельность	
		Преподавателя	Студентов
I часть. Теоретическая	Лекция 80 минут	Называют тему занятия, план, его цель, задачи и планируемый результат учебной деятельности. Ознакомляет основными понятиями темы: этиология, патогенез, классификация, симптомы, лечение и профилактика. Раздаёт перечень литератур.	Слушают и ведут соответствующие записи.
	10 минут	Перерыв	

	Практическое занятие 40 минут	1.1. Проводит опрос с целью активизировать знания обучающихся по теме. Координирует, направляет учебную деятельность. Делит студентов на группы, даёт задание уточняет првильность восприятия задания.	Отвечают на вопросы, обсуждают, задают уточняющиеся вопросы. Проводят совместный анализ индивидуальной проблемы, оформляют результаты решения.
II часть Практическая	40 минут	2.1. Курация и разбор тематического больного вместе с преподавателем.	Слушают, задают уточняющиеся вопросы.
	40 минут	Большой перерыв	
	40 минут	2.2. Самостоятельная курация больных студентами. Выполнение практических навыков.	Выполняют практические навыки.
	25 минут	1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Опрос. Решение ситуационных задач. Решение тестов.	Отвечают. Решают ситуационные задачи. Решают тесты самостоятельно.
	15 минут	1.3. Презентация самостоятельной работы. Обобщает результаты учебной деятельности. Анализирует и оценивает группу.	Слушают. Высказывают свое мнение.

Тема: СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной терапии №2 медико-педагогического факультета аудитория, лаборатория, терапевтическое отделение больницы

- тематические больные или волонтеры, истории болезни, сценарии ролевых игр, графических органайзеров, наглядные пособия, раздаточные материалы и т.п.

-ТСО: ТВ-видео, фотографии.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов - 4

3. Цель занятия:

-сформировать общее представление о серонегативных спондилоартритах (Болезнь Бехтерева, реактивных артритах)

-дать сведения об этиологических факторах и патогенезе болезни Бехтерева, реактивных артритах;

-ознакомить студентов классификацией болезни Бехтерева, реактивных артритах;

-ознакомить студентов с клиникой;

-изучить диагностические критерия ;

-сформировать умение анализировать результаты лабораторно-инструментального исследования;

-сформировать умение поставить и обосновать клинический диагноз;

-провести дифференциальный диагноз ;

-изложить принципы лечения;

- изучить мероприятия при язвенной болезни;

-сформировать умение студентов выписать рецепты на основные препараты, применяемые для лечения болезни Бехтерева, реактивных артритах.

Студент должен знать:

- определение, этиологию и патогенез болезни Бехтерева, реактивных артритах;

-клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ;

-принципы лечения болезни Бехтерева, реактивных артритах;

- применяемые лекарственные средства при болезни Бехтерева, реактивных артритах.

Студент должен уметь:

- провести курацию больных с болезнью Бехтерева, реактивных артритов;
- выявить основные симптомы, характеризующие клинику;
- интерпретировать результаты лабораторных исследований и инструментального обследования больных с болезнью Бехтерева, реактивных артритов;
- выявить диагностические критерии, оформить диагноз;
- провести дифференциальную диагностику;
- составить план обследования больных;
- назначить диету и плановое лечение больным;
- выписать рецепты на основные лекарственные препараты.

Мотивация

Проблемам ССПА, Ре А , АС уделяется большое внимание многими зарубежными и отечественными исследователями. Во-первых, это связано с ростом заболеваемости среди лиц молодого, трудоспособного возраста. При этом в большинстве случаев больные становятся нетрудоспособными на более или менее продолжительное время, значительными расходами, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов.

Во-вторых, клинические проявления заболевания достаточно variabelны, что, безусловно, усложняет своевременную диагностику. Так, по данным Э.Р. Агабабовой, частота диагностических ошибок при Ре А составляет до 80%. В-третьих, запоздалое лечение при этих заболеваниях способствует переходу. Актуальность проблемы обуславливается сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью *язвенной болезни (ЯБ)*, ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих

В связи с этим изучение этиопатогенеза, клиники, современных методов диагностики и терапии этого заболевания, имеет большое значение для практического врача.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами нормальной физиологии, патологической анатомии, пропедевтики внутренних болезней, фармакологии, клинической фармакологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы студентами при прохождении занятий на ВОП терапии, ревматологии, где могут быть использованы полученные в ходе занятия знания, связь с другими учебными дисциплинами, значимость изучаемой темы для всей дисциплины.

3.Содержание занятия

Теоретическая часть.

Этиология болезнь Бехтерева, реактивных артритов. Патогенез и классификация болезни Бехтерева, реактивных артритов. Выявление клинических симптомов, характерных для болезни Бехтерева, реактивных артритов. Диагностические критерия. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. Клинический диагноз и дифференциальный диагноз болезни Бехтерева, реактивных артритов. Основные принципы и методы лечения болезни Бехтерева, реактивных артритов. Назначения терапии при болезни Бехтерева, реактивных артритов.

Серонегативные спондилоартриты (СНСА) – группа заболеваний, ранее относившихся к серонегативным формам ревматоидного артрита, ассоциированные с HLA-B27, обладающие множеством клинически сходных черт, из которых важными являются поражение крестцово -подвздошных сочленений и позвоночника, а также семейное предрасположение к развитию этих процессов. В эту группу включают анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), псориатрический артрит, реактивные артриты (при болезни Крона, Уипла, НЯК), ювенильный хронический артрит.

Классификация СНСА :

- Анкилозирующий спондилоартрит – болезнь Бехтерева;
- Псориатический артрит;
- Энтеропатические артриты при болезнях Крона, Уипла, неспецифическом язвенном колите;
- Ювенильный хронический артрит;
- Болезнь/синдром Рейтера;
- Острый передний увеит

Общие признаки спондилоартропатий:

- Вовлечение илеосакральных сочленений;
- Энтезопатии;
- Ассиметричный периферический артрит нижних конечностей;
- Семейные случаи;
- Внеуставные проявления со стороны кожи, кишечника, урогенитального тракта, глаз;
- Отрицательная реакция на ревматоидный фактор;

Ассоциация с HLA-B27

Критерии диагностики СНСА:

• Рентгенологические:

Сакроилеит/ двухсторонний II стадии или односторонний III-IV стадии – 3 балла.

Генетические особенности:

Наличие HLA-B27 и/или наличие у родственников в анамнезе пельвиоспондилита, синдрома Рейтера, псориаза, увеита, хронического колита – 2 балла

• Чувствительность к лечению:

Уменьшение за 48 часов болей при приеме НПВП и/или стабилизация при раннем рецидиве – 1 балл.

Заболевание СНСА считается достоверным, если сумма баллов по 12 критериям больше или равна 6

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Штрюмпелля-Бехтерева-Мари)

Это хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях.

Впервые это заболевание описал русский врач-невролог Владимир Бехтерев. Причины развития болезни Бехтерева точно неизвестны. По всей видимости, заболевание развивается у людей, которые имеют специфическую наследственную предрасположенность и определенные генетические особенности иммунной системы. Определенную роль играют хронические инфекции (особенно кишечника и мочевыводящих путей). Выделяют первичную (идиопатическую) и вторичную (связанную с реактивными артритами, псориазом или воспалительными заболеваниями кишечника) формы.

Эпидемиология

Болезнь чаще возникает в подростковом и молодом возрасте, мужчины болеют в 3 раза чаще.

Этиология и патогенез

Важнейшим фактором патогенеза является семейная предрасположенность, маркером которой считается антиген гистосовместимости HLA-B27. Имеются сведения о роли некоторых штаммов *Klebsiella* и других видов энтеробактерий в развитии периферического артрита у больных ББ. Поражение осевого скелета при болезни Бехтерева преобладает над поражением периферических суставов,

при этом поражаются преимущественно суставы «хрящевого» типа — крестцово-подвздошные сочленения, мелкие межпозвоночные суставы, грудинно-ключичные и реберно-грудинные сочленения.

Патоморфология

В первую очередь поражается крестцово-подвздошное сочленение, а затем межпозвоночные и реберно-позвоночные суставы, в которых в начале болезни первично развивается хроническое воспаление синовиальной оболочки, гистологически схожее с синовитом при реактивных артритах. В результате развивается прогрессирующая деструкция суставного хряща с анкилозированием илеосакрального сочленения и мелких суставов позвоночника и эрозивированием субхондральной кости, в то время как в кости наблюдается внесуставной склероз. Позднее подобные изменения происходят и в лонном сочленении. Морфологическое исследование биопсированной синовиальной оболочки этих суставов показывает наличие синовита пролиферативного типа с плазматизацией и образованием воспалительных инфильтратов, состоящих из лимфоцитов и макрофагов.



Классификация

I. Клинические варианты болезни Бехтерева

1. Центральная форма – поражение только суставов позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений.

2. Ризомиелическая форма – поражение как позвоночника, так и плечевых и тазобедренных суставов.
3. Периферическая форма – иногда поражение суставов конечностей предшествует поражению позвоночника, иногда одновременно.
4. Ревматоартритоподобный вариант – поражение суставов рук, утренняя скованность, поражение позвоночника отсутствует.
5. Септический вариант с остро возникающей лихорадкой, проливным потом, артралгиями, похуданием.

II. По течению:

1. Медленно прогрессирующее;
2. Медленно прогрессирующее с периодами обострения;
3. Быстро прогрессирующее – за короткий срок приводит к полному анкилозу;
4. Септический вариант, характеризующийся острым началом, проливными потами, ознобами, лихорадкой, быстрым появлением висцеритов, СОЭ 50-60 мм/ч и выше.

III. По степени активности АС в зависимости от клинико-лабораторных показателей:

- I. Минимальная – небольшая скованность и боли в позвоночнике и суставах конечностей по утрам, СОЭ – до 20 мм/ч, СРБ +;
- II. Умеренная – постоянные боли в позвоночнике и в суставах, утренняя скованность – несколько часов, СОЭ – до 40 мм/ч, СРБ ++;
- III. Выраженная – сильные постоянные боли в позвоночнике и суставах, скованность в течение всего дня, экссудативные изменения в суставах, субфебрильная температура, висцеральные проявления, СОЭ – более 40 мм/ч, СРБ +++

IV. По степени функциональной недостаточности:

- I. Изменение физиологических изгибов позвоночника, ограничение подвижности позвоночника и суставов;
- II. Значительное ограничение подвижности позвоночника и суставов, вследствие чего больной вынужден менять профессию;
- III. анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов, вызывающий полную потерю трудоспособности, либо невозможность самообслуживания

КЛИНИКА

Общие симптомы: (лихорадка, слабость, похудание) возникают редко.

Поражение суставов: первые симптомы - это постепенно нарастающие боли и скованность в нижней части спины, ягодицы или грудной клетки. Вначале они односторонние, а затем-двусторонние и постоянные. Боли носят воспалительный характер, т.е. усиливаются в покое, в ночное время и ранние утренние часы и уменьшаются при физической нагрузке.

У некоторых больных, несмотря на типичные рентгенологические изменения, боли в спине вообще отсутствуют, а преобладает ощущение скованности и боли в мышцах.-редко заболевание начинается с периферического моно-олигоартрита коленных суставов или с подошвенных фасциитов с характерными болями в пятках при ходьбе.- иногда вначале заболевания в клинике может превалировать двустороннее поражение плечевых и тазобедренных суставов.

Энтезопатии

Энтезис – место прикрепления связки, сухожилия или суставной капсулы к кости. При болезни Бехтерева энтезопатии развиваются уже на ранней стадии и затрагивают крестцовоподвздошные суставы, связочный аппарат межпозвонковых дисков,реберногрудинные сочленения.

Осмотр больных

Поздний признак - «поза просителя»- фиксированное сгибание позвоночника, обусловленное шейно-грудным кифозом.



Определение подвижности шейного отдела позвоночника
позвоночника проверяют симптом «подбородок-грудина», также симптом симптом Форестье – больной должен прижаться к стенке, после чего измеряют расстояние между стеной и затылком, также увеличивается расстояние «подбородок - грудина» при максимальном сгибании головы и уменьшается при максимальном разгибании. Для оценки подвижности грудного отдела позвоночника проверяют симптом Отта: нащупывают остистый отросток 1 грудного позвонка и от него отмеряют вниз по линии остистых отростков 30 см. Затем больному предлагают максимально согнуть спину и в этом положении вновь измерить. При ограничении подвижности это расстояние будет меньше 35 см.

-экскурсию грудной клетки оценивают по разнице в окружности гр. клетки на максимальном вдохе и максимальном выдохе на уровне I V межреберных промежутков. При болезни Б. она составляет менее 5 см.

Напряжение мышц спины (симптом «тетивы») или их атрофия, ограничение подвижности грудной клетки при глубоком дыхании. Экскурсию грудной клетки оценивают по разности окружности грудной клетки на уровне IV межреберья на максимальном дохе и выдохе. Эта разница у больных составляет менее 5 см. у больных.

Определение подвижности подвижности поясничного отдела позвоночника:

Симптом Томайера - больной пытается кончиками пальцев достать до пола. Спина выглядит доскообразной, когда больной пытается достать руками пол Симтом Шобера – нащупывают остистый отросток V поясничного позвонка и отмеряют расстояние 10 см кверху. Затем пациент максимально сгибает спину и вновь измеряют расстояние до метки. У больных это расстояние увеличивается не более 4 см. Увеличение этого расстояния менее чем на 4 см говорит об ограничении подвижности поясничного отдела позвоночника. - для выявления поражения крестцовоподвздошных сочленений используют симптом Кушелевского. Это появление болей при надавливании ладонями на гребни подвздошных костей в положении больного лежа на спине и на боку.

Системные проявления:

Поражение глаз: передний увеит, острый ирит, иридоциклит развиваются у 25-50% больных. Поражение сердечно-сосудистой системы: аортит, недостаточность клапанов аорты. Поражение легких: медленно развивающийся фиброз верхушки легких. Поражение почек: IgA-нефропатия и очень редко амилоидоз почек.

В ранней стадии болезни не всегда показательны.

В период обострения артритов могут увеличиваться СОЭ и другие показатели активности процесса. У 1/3 больных наблюдается железодефицитная анемия. В активной стадии артрита периферических суставов у больных отмечают увеличение СОЭ, положительную пробу на С-реактивный белок и гиперглобулинемию, повышение активности ряда лизосомальных ферментов (кислая фосфатаза, кислая протеиназа и др.) Определение HLA-B27 имеет вспомогательную роль в диагностике АС, но не является специфическим тестом. Анализ крови на HLA-B27 рекомендуется использовать для ранней диагностики АС, у лиц, имеющих определенные клинические предпосылки подозревать это заболевание;

Рентгенологическое исследование -3 стадии по J. Kellgren

I - расширение суставной щели крестцовоподвздошных сочленений вследствие остеопороза и очаговый подхрящевой остеосклероз по ходу суставной щели;

II - сужение и нечеткость суставной щели, узурация ее (подхрящевой остеосклероз и частичный анкилоз);

III-полный костный анкилоз крестцовоподвздошных сочленений.

В более поздней стадии болезни наиболее характерным признаком является **оссификация** связок позвоночника. Она начинается чаще всего между XII грудным и I поясничным позвонками и вначале имеет вид тонкой изогнутой иглы. Спускаясь вертикально от одного позвонка к другому, оссифицированная связка подчеркивает контур диска. Постепенно между позвонками образуются костные мостики (**синдесмофиты**).



Рентгенологические признаки сакроилеита

Диагностические критерии (Нью-Йоркские,1984)

А.Клинические критерии:

-Наличие в анамнезе воспалительных болей в спине или поясничной области у больных моложе 40 лет, длящиеся не менее 3 месяцев, усиливающиеся в покое и уменьшающиеся при физической нагрузке.

-Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

-Ограничение движений грудной клетки (разница окружности грудной клетки на вдохе и выдохе менее 2,5 см на уровне 1 V межреберья)

Б. Рентгенологические критерии:

-двусторонний сакроилеит 11-1V степени

-односторонний сакроилеит 111-1V степени.

Диагноз достоверен при наличии 1 клинического и 1 из рентгенологических критериев.

Дифференциальный диагноз

Симптомы	Подагра	Ревматоидный артрит	Деформирующий остеоартроз	Болезнь Рейтера
Пол больных	Муж. -90%	Жен.-75%	Жен.-50%	Муж.
Начало забол. (возраст)	30-40 лет	30-40 лет	50 лет	До 40 лет
Утренняя скованность	Отсутствует	Почти всегда	Редко	Отсутствует
Начало артрита Острый артрит	Внезапное	Постепенное	Постепенное	Остро, подостро
1 плюснефал. сут.	60-70%	Редко	Очень редко	Часто
Число поражен. суставов	Моноартрит редко полиарт.	Полиартрит	Моно или полиартрит	Полиартрит олигоартрит
Признаки восп. процесса	Значительно	Умеренные	Редко	Умеренно
Боль	Острая 3-10 д.	Умеренно длительная	Легкая при движении	Острая, иногда длительная
Нарушение трофики мышц	Отсутствует	Почти всегда	Слабо выражена	Выражена
Т тела	Умер. повышена.	Субфебрильная длит. по вечер.	Редко	Почти всегда
Тофусы	30-40% больных	п/кожные узлы 5-20%	Геберден. узелки	Отсутствуют

Колхицин оз	Всегда положительный	Отрицательный	Отрицательный	Отрицательный
Лабораторные показ. лейкоциты	Часто умеренно	Редко	Отсутствует	В период обострения
СОЭ	Повышена	Значительно повышено	В пределах нормы.	Повышена
Гиперурикемия	Почти всегда	Отсутствует	Очень редко	Отсутствует
Исслед. синов. жидкости	Желтая, прозр. кристаллы урат.	Желто-зеленоватая	Желто-прозрачная	Желто-прозрачная
Рентгенол. картина	Кисты: симптом «пробойника»	Характерны 4 стадии	Остеосклероз	Околосуставной остеопороз

Псориатический артрит (ПсА)

Псориаз (ПС) является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи, популяционная частота которого в мире, по данным различных авторов, составляет 57,6–60,4 случаев на 100 000 населения. Псориаз и псориатический артрит это – системные иммуноассоциированные заболевания мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующиеся гиперпролиферацией эпидермоцитов, нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Псориатический артрит является прогрессирующим воспалительным заболеванием суставов и позвоночника, которое приводит к развитию эрозивного артрита, костной резорбции, множественных энтезитов и спондилоартрита. При отсутствии своевременного лечения у больных ПсА наблюдается прогрессирующее поражение суставов и серьезные ограничения физической активности, которые ведут к инвалидизации.

Впервые описание артрита, связанного с псориазом, было дано во Франции в 1818 г. Но до 1950-х годов ПсА рассматривался как вариант ревматоидного артрита (РА). И только открытие ревматоидного фактора (РФ), анализ клинических особенностей ПсА и результатов эпидемиологических исследований, подтвердивших связь псориаза и суставного синдрома, позволили отделить ПсА от РА в самостоятельное заболевание.

Эпидемиология.

ПсА выявляют у 6,25% - 42% больных псориазом (Пс). Распространенность ПА колеблется от 0,6 до 1%. ПсА может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто. В основном ПсА развивается постепенно, редко – остро. У 70% больных псориатическое поражение кожи появляется раньше поражения суставов, позвоночника или энтезисов, у 20% - одновременно, у 15-20% - ПсА возникает до первых клинических проявлений псориаза. Среди аборигенов Австралии это заболевание встречается у 1,5% населения, в г. Рочестер в США – у 0,1%, а на северо–западе Греции – у 0,57%

Заболевание возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими, иммунологическими факторами и факторами внешней среды. Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию как псориаза, так и ПсА: более 40% больных ПсА имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями. Псориаз и ПсА считают Т-клеточноопосредованными заболеваниями, при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких как ФНО-а, интерлейкины ИЛ-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1в, ИЛ-6 и хемокинов. Предполагается, что наиболее существенное значение в возникновении и течении псориаза и псориатического артрита имеют генетические, иммунологические и средовые факторы.

Классификация псориатического артрита:

1. Тяжелая–Клиническая форма: Обычная (средней тяжести и легкая)– Злокачественная– ПА в сочетании с диффузными заболеваниями– соединительной ткани, реактивными артритами, подагрой.

2. Клиникоанатомический вариант суставного синдрома:

1. Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей рук и стоп
2. Асимметричный моно/олигоартрит
3. Мутилирующий артрит (остеолиз суставных поверхностей с развитием укорочения пальцев кистей и/или стоп).
4. Симметричный полиартрит («ревматоидоподобный» вариант).
5. Псориатический спондилоартрит изолированный или в сочетании с периферическим артритом.

3. Системные проявления: Без системных проявлений

С системными проявлениями (трофические– нарушения, генерализованная амиотрофия, полиаденит, аортит, кардит, пороки сердца, неспецифический реактивный гепатит, циррозы печени, амилоидоз внутренних органов, кожи и суставов, диффузный гломерулонефрит, подострый конъюнктивит, острый передний увеит, неспецифический уретрит, полиневрит, синдром Рейно и

др.) **4. Фаза и степень активности:** Активная фаза (степень активности: – минимальная, умеренная, максимальная) Ремиссия

5. Рентгенологическая характеристика: Периферические и корневые суставы 1 стадия – околосуставной остеопороз; 2А стадия – то же + сужение суставной щели, кистовидные просветления костной ткани; 2Б – то же + единичные поверхностные узурсы; 3 стадия – то же + множественные узурсы, внутрисуставной остеолит 4 стадия – то же + костные анкилозы. Крестцово-подвздошные суставы: I стадия – нечеткость суставной щели слабо выраженный остеопороз; II стадия – сужение или расширение суставной щели, субхондральный остеосклероз; III стадия – то же + частичное анкилозирование; IV стадия – то же + полное анкилозирование. Анкилозирующий спондилоартрит с: - синдесмофитами или параспинальными оссификатами; - анкилозами межпозвоночных суставов.

6. Функциональная способность: А. Сохранена; Б. Нарушена: I – профессиональная способность сохранена; II – профессиональная способность утрачена; III – утрачена способность к самообслуживанию.

7. Характер и стадия псориаза: А. Характер: - вульгарный; - экссудативный; - атипичный (пустулезный, эритродермический, рупиоидный); Б. Стадия: - прогрессирующая; - стационарная; - регрессирующая; - псориаз ногтей.

Факторы влияющие на течение: Факторы Описание Внешние 1.Травма 2.Инфекция 3.Психоэмоциональное перенапряжение, стрессы Внутренние 1.Генетическая предрасположенность к развитию Пс и ПсА. 2.Нарушение нейро-эндокринных и иммунных. (цитокиновых, хемиконовых) механизмов регуляции. 3.Ожирение. 4.Табакокурение.

РЕАКТИВНАЕ АРТРИТЫ (РеА)

В настоящее время число больных урогенитальным хламидиозом, уреоплазмозом и микоплазмозом, передающимися половым путем, во всем мире превышает 600 – 850 млн. человек. Ежегодно у 1,0 – 4,0% из них регистрируется поражение суставов, а при целенаправленном выявлении у них ревматических симптомов этот процент становится значительно выше.

В 1916 г. лейтенант Ганс Рейтер, немецкий военный врач, описал больного с выделениями из уретры, артритом и конъюнктивитом, появившимися через несколько дней после дизентерии. Независимо от него Фиссенже и Леруа также сообщили о подобном синдроме. Имя Рейтера чаще упоминается в мировой литературе. Отсюда и название, более популярное

среди врачей – уретро – окуло – синовиальный синдром – болезнь(синдром Рейтера.)

Впервые термин «реактивный артрит» был предложен в 1969 году финскими учеными P. Ahvonen, K. Sievers, K. Aho, которые описали артрит при иерсиниозном энтероколите.

Сочетание артрита с уретритом, конъюнктивитом, поражением кожи хорошо известно клиницистам под названием синдрома Рейтера (тетрада Рейтера или триада Рейтера в зависимости от выраженности симптомокомплекса). Выделяют две формы синдрома/болезни Рейтера: спорадическую (венерическую), связанную с негонококковыми (хламидийными, уреаплазменными) уретритами и эпидемическую, которая развивается после энтероколита (иерсиниозного, шигеллезного и др.)

РеА – это «стерильные» воспалительные заболевания суставов, развивающиеся в ответ на внесуставную инфекцию, при которой в синовиальной жидкости и оболочке больных отсутствуют инфекционные агенты и их антигены.

Этиология и патогенез РеА.

В происхождении РеА основное значение придается инфекции и генетической предрасположенности, но истинный характер взаимоотношений микроба и макроорганизма все еще не уточнен.

Ведущим возбудителем урогенитальных РеА является *Chlamydia trachomatis*, обсуждается роль уреаплазмы. результаты скрининговых исследований показали, что в настоящее время хламидиоз является самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, особенно у молодых лиц и подростков.

Среди кишечных патогенов, способных вызывать РеА следует отметить иерсинии, сальмонеллы, шигеллы, кампилобактер. О значении генетических факторов в патогенезе РеА свидетельствует тесная ассоциация РеА с антигеном HLA – B27, который выявляется в 80 – 90% при урогенитальных и в 70% - постэнтероколитических артритах.

Большинством авторов признается ведущей «артритогенно - пептидная» теория», которая является вариацией «рецепторной» теории». Согласно ей, антиген HLA – B27 связывает пептиды микробов и представляет их цитотоксическим Т – лимфоцитам (популяция CD8 +). Артритогенный пептид является компонентом клеточной стенки различных бактерий. На сегодняшний день известно около 60 хламидийных пептидов. Один из таких пептидов (хит – шоковый протеин 70) оказался способным активировать

цитотоксические Т – лимфоциты, обладающие способностью повреждать клетки и ткани, имеющие молекулы этого антигена.

Классификация Ре А.:

По этиологии:

- энтероколитический (возбудители: иерсинии, шигеллы, сальмонеллы, кампилобактер);
- урогенитальный (возбудители: хламидии, уреоплазма, а также ассоциация с ВИЧ - инфекцией).

По течению:

- острые (длительность первичной суставной атаки до 6 мес.);
- затяжные (до 1 года);
- хронические (свыше 1 года);
- рецидивирующие (при развитии суставной атаки после ремиссии заболевания длительностью не менее 6 мес.).

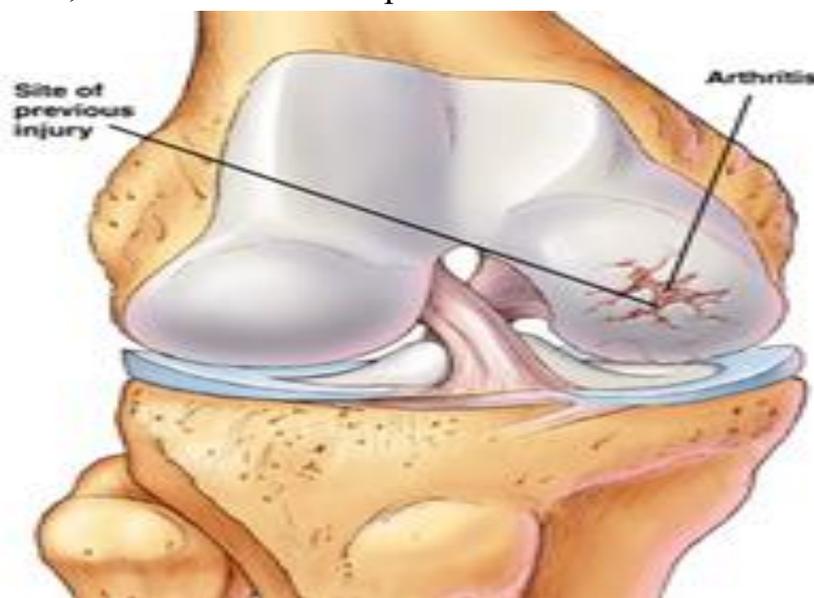
Эпидемиология

- По данным Института ревматологии РАМН, удельный вес РеА составляет около 10-14% среди всех ревматических болезней. Из них на долю урогенных приходится 50-75% всех РеА. Согласно данным Республиканского ревматологического центра, среди обратившихся больных с ревматологическими заболеваниями в 1992 году частота РеА составляла 6,0%, в 1998г – 20%, а в 2003г. 24% 70-80% случаев урогенных артритов связаны с хламидийной инфекцией
- У 10-20% больных, может быть выделена *Ureaplasma urealyticum*
- В то же время, у 10-20% больных определить инфекционный агент не удается

Общие признаки реактивного артрита :

- развитие заболевания у лиц молодого возраста (до 30 – 40 лет);
- хронологическая связь с урогенитальной, кишечной инфекцией (во время или спустя 1 – 1,5 мес.);
- моно – олигоартикулярный тип поражения с выраженной асимметрией и предпочтительной локализацией в суставах нижних конечностей при частом вовлечении сухожильно-связочного аппарата и бурс (ахиллобурсит, подпяточный бурсит);
- наличие других признаков системного процесса: конъюнктивита, кератодермии, афтозного стоматита, циркулярного баланита;
- серонегативность (отсутствие в сыворотке крови ревматоидного фактора);

- частая ассоциация артрита с наличием у больных антигена HLA – B27;
- рентгенологические признаки пяточных шпор, периостита мелких костей стоп, паравертебральной оссификации;
- частое вовлечение в воспалительный процесс илеосакральных сочленений (асимметричный сакроилеит);
- воспалительные заболевания урогенитального тракта; выявление бактериологическими и серологическими методами одного из микроорганизмов, ответственного за развитие РеА.



Клиническая картина Ре А.

У лиц с генетической предрасположенностью РеА проявляется внезапно, быстро прогрессирует и переходит из простого ограниченного моноартрита в системное заболевание иммунной природы. Больные РеА энтероколитической этиологии сначала обращаются к инфекционистам, урогенитальной этиологии к урологам, акушер-гинекологам или кожновенерологам и только после возникновения суставного синдрома – к ревматологу.

Клинические особенности урогенитальных реактивных артритов

РеА встречаются в основном у молодых лиц. Хламидии являются наиболее распространенным возбудителем негенококковых уретритов у мужчин и хронических цервицитов, аднекситов, сальпингитов у женщин. Причем, женщины чаще являются носителями хламидийной инфекции. Уретрит обычно развивается через 7-28 дней после случайного полового контакта. Через 1-6 недель после острой мочеполовой инфекции или обострения ее хронического очага развивается артрит. Начало артрита

обычно острое или подострое, с припухлостью и гиперемией кожи над суставами, иногда лихорадкой.

Поражается опорно-двигательный аппарат, преимущественно суставы нижних конечностей по типу ассиметричного моно или олигоартрита. При прогрессировании процесса возможно множественное поражение суставов с их последовательным вовлечением в патологический процесс снизу вверх. Характерна сосискообразная деформация пальцев за счет периартикулярного отека и псевдоподагрической симптоматики при вовлечении большого пальца стопы. Наряду с суставами поражаются связки, сухожилия, слизистые сумки и фасции. Наиболее часто встречаются ахиллит, подпяточный бурсит, подошвенный фасциит. Внесуставные поражения урогенных артритов складываются из поражения мочеполовых путей, слизистых оболочек глаз, полости рта, кожи, внутренних органов.

Конъюнктивит также наблюдается в начале заболевания и может пройти незамеченным для больного, т.к. длится 1-2 дня, выражен слабо, проявляется небольшим покраснением, зудом, обычно расценивается как аллергический. В то же время надо отметить, что хламидийный конъюнктивит склонен к рецидивированию. У 5-10% больных урогенными артритами наблюдается более тяжелое поражение глаз – передний увеит, включающий в себя воспаление радужной оболочки и цилиарного тела.

Уретрит, артрит, конъюнктивит составляют картину классической триады синдрома Рейтера.

Поражение кожи встречается в виде подошвенной или ладонной кератодермии.

Поражение слизистых проявляется в виде баланита и баланопостита. Возможно безболезненное увеличение лимфоузлов.

Сердечно – сосудистая система поражается редко, чаще в виде миокардиодистрофии, миокардита, реже эндокардита, возможно формирование аортальной недостаточности

Рентгенологические изменения могут обнаруживаться только при хроническом течении и проявляются околосуставным остеопорозом, появлением «рыхлых пяточных шпор». Характерным признаком является воспаление подвздошно-крестцового сочленения. В крови в острой фазе – лейкоцитоз, увеличение СОЭ, СРП, серомукоида, гаптоглобина, фибриногена. Обнаруживается антиген HLA-B27.

Клинические особенности энтероколитических Реактивных артритов:

Иерсиниозный энтероколит возникает у лиц любого возраста одинаково часто у мужчин и женщин. Но артрит встречается чаще у женщин. РеА

возникает в связи с эпидемическими вспышками кишечных инфекций или как спорадические случаи. Кишечные расстройства длятся не более 1-2 недель и могут пройти самостоятельно без антибактериальной терапии. Артрит, как правило, развивается через 1-3 недели после энтероколита. Начало острое с типичной локализацией в суставах нижних конечностей, но могут вовлекаться локтевые, лучезапястные и др. суставы. Особенностью энтероколитического РеА является ассиметричное вовлечение мелких суставов верхних конечностей. У трети больных наблюдаются тендовагиниты, ахиллиты, бурситы. В остром периоде выражены лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. В большинстве случаев наступает полное обратное развитие.

Артрита, хотя могут сохраняться артралгии. В 30% случаев артрит приобретает хроническое течение по типу неэрозивного артрита крупных и средних суставов и медленно прогрессирующего сакроилеита.

Лабораторная диагностика реактивных артритов

Данные лабораторных исследований крови мочи имеют неспецифический характер.

Общий анализ крови в острой фазе – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. В хронической фазе – умеренная нормохромная анемия.

Общий анализ мочи – умеренная протеинурия. Лейкоцитурия и возможна микрогематурия. Анализ мочи по Нечипоренко – увеличение количества лейкоцитов.

Анализ секрета простаты – более 10 лейкоцитов в поле зрения, уменьшение количества лецитиновых зерен. Биохимический анализ крови – повышение уровня острофазовых проб воспаления. Иммунологический анализ крови – увеличение ЦИК, иммуноглобулинов М и G, Т-супрессоров, снижение Т-хелперов. Наличие HLA-B27 антигена. РФ крови – отрицательный.

Синовиальная жидкость – признаки воспаления: низкая вязкость, плохое образование муцинового сгустка, лейкоцитоз, высокий уровень комплемента.

Лабораторная диагностика урогенитальных РеА:

Хламидии и уреаплазма относятся к облигатным внутриклеточным паразитам, т.е. они могут размножаться только внутри клетки и не могут быть выделены обычными культуральными методами.

Методы их выявления:

1. Выявление хламидий или их антигенов в клинических материалах
2. Оценка степени иммунного ответа на инфицирование организма – серодиагностика.

Материалом для исследования служат соскобы из уретры у мужчин и уретры и/или цервикального канала у женщин.

Цитоскопический метод выявляет цитоплазматические клетки-включения Провачека, количество лейкоцитов.

Прямая иммунофлюоресценция (ПИФ)-прямое выявление антигенов хламидий.

Метод иммуноферментного анализа (ИФА) основан на обнаружении растворимого антигена хламидий в исследуемых пробах.

Полимеразно-цепная реакция (ПЦР) –это ДНК –диагностика.

Лабораторная диагностика энтероколитических РеА:

Макроскопически в кале определяют наличие слизи, крови, гноя.

Микроскопически – непереваренная клетчатка, мышечные волокна, стеаторея, эпителий, лейкоциты, эритроциты, слизь.

Бактериологическое исследование выявляет микрофлору и дисбактериз, для которого характерно выявление более 10 в 5 степени микроорганизмов в 1 мл.

Дифференциальный диагноз

Подагрический артрит возникает преимущественно у мужчин. Чаще всего воспаляются суставы ног по типу моноартрита и ассиметрично. У 70% больных первые признаки подагры возникают ночью в большом пальце стопы с резкого приступа боли в 1 плюснефаланговом суставе, который гиперемизируется и припухает. Может быть лихорадка. Лейкоцитоз. К утру боли стихают, но ночью снова усиливаются. Это может продолжаться несколько дней. Через неделю приступы затихают и больной чувствует себя здоровым. В отличие от подагры при РеА наблюдается сосискообразная деформация пальцев стопы, нет приступообразной, нестерпимой боли, цикличности и самостоятельного стихания боли. При РеА суставной синдром обычно стойкий. Для подагры характерно купирование приступа колхицином. Клиническая картина подагры развивается на фоне гиперурикемии. Которая существует уже в течение нескольких лет. Уровень мочевой кислоты в крови будет более 0,42 у мужчин и более 0,36 у женщин, имеются кристаллы уратов в синовиальной жидкости и тофусы.

Ревматоидный артрит чаще встречается у женщин средних лет. Вначале вовлекаются в процесс вторые и третьи пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы и суставы запястья. Характерно симметричное и множественное поражение суставов, утренняя скованность. Могут быть системные проявления. Выявляются гипохромная анемия,

увеличенная СОЭ и РФ. Синовиальная жидкость становится мутной с пониженной вязкостью и рыхлым муциновым сгустком, содержит нейтрофилы и рагоциты. Рентгенологически: сужение суставной жидкости, единичные или множественные узурсы, анкилозы.

Псориатический артрит -хроническое воспалительное заболевание, ассоциированное с псориазом., который предшествует развитию артрита. Характерные признаки :артрит дистальных межфаланговых суставов кисти, артрит трех суставов одного и того же пальца, рано вовлекаются суставы пальцев стоп, талалгия, наличие кожных высыпаний или поражение ногтей, случаи псориаза у родственников, отрицательный РФ, остеолит, сакроилеит, развитие паравертебральных оссификаций.Основными отличительными признаками являются изменения кожи, трофические поражения ногтей, колбасовидная дефигурация пальцев и деформация суставов. Рентгенологически: остеолит и разрушение костей, односторонний сакроилеит , паравертебральные оссификации.

Лечение РеА

- 1.Санация инфекционного очага
- 2.Патогенетическое лечение
- 3.Реабилитационные мероприятия

Лечебная программа при РеА

- этиологическое лечение
- местное лечение воспалительного очага
- применение НПВП
- лечение базисными препаратами
- применение иммуномодуляторов
- методы локальной терапии суставов
- физиотерапевтическое лечение
- лечебная физкультура
- лечение в поликлинике
- санаторно-курортное лечение
- диспансеризация.

Этиологическое лечение

- применение антибиотиков широкого спектра действия.

В отношении хламидий активны тетрациклины, макролиды, азалиды, фторхинолоны. В отношении уреаплазм наиболее активны макролиды, азалиды и тетрациклины. Обычно лечение начинают антибиотиком из группы макролидов или тетрациклинов, а фторхинолоны используют в качестве препаратов второго ряда. Одновременно назначают

противогрибковые средства: нистатин. Дифлюкан и поливитамины. Курс лечения не менее 4 недель

Энтероколитический РеА лечат: при иерсиниозе- левомицетин до 2 г в сутки, тетрациклин до 2 г в сутки и бисептол в течение 2 недель., при шигилллезе- бисептол, ампициллин и ципрофлоксацин, при сальмонеллезе- левомицетин и бисептол, при кампилобактериозе- эритромицин, гентамицин, тетрациклин. фуразолидо

Применение НПВП

Производные пропионовой кислоты: напроксен по 250 мг 2 раза в день, кетопрофен по 50 и 100 мг по 1 капсуле 2-3 раза в день, ибупрофен по 200 мг по 2 табл 4 раза в день

Производные арилуксусной кислоты: диклофенак по 25, 50, 75, 100 мг, фентиазак.

Новый класс НПВП – ингибиторы ЦОГ-2

Селективные ингибиторы ЦОГ-2: целебрекс , капс. По 100, 200 мг, сут. Доза 200 мг. Мелбек, таб. По 7,5 мг. Нимесил в виде порошка и таблеток по 100 мг , по одному пакету 2 раза

Для защиты слизистой желудка – омепразол., ранитидин, но наиболее перспективны мизопростол(сайтотек)- это гастроцитопроотекторный простагландинЕ

При хроническом течении – **иммуносупрессивные базисные препараты:** аминохинолины, сульфасалазин, препараты золота, метотрексат.

Иммуномодуляторы: Т-активин, тималин .

Методы локальной терапии:

НПВП в виде мазей, кремов, ДМСО в виде аппликаций(50% раствор на дистиллированной воде изолированно или в сочетании с гепарином, анальгином.

ГКС назначают при высокой активности процесса в/с

Физиотерапевтическое лечение: микроволновая терапия, фонофорез гидрокортизона, электрофорез лидазы , **ЛФК**

5. Сценарий интерактивных методов, используемых в обучении

В теоретической части урока знания учащихся о традиционных методах опроса и интерактивных методах обучения называются «мозговой штурм», «решение проблем», «кто больше, кто быстрее?», «Графические органайзеры» и «ассисмент техникой». Можно использовать видеоклип и презентацию по теме.

Метод “решения проблем”

Требуется для работы:

1. Набор вариантов задач и ситуационных вопросов опубликован на отдельном листе.
2. Числа для жеребьевки основаны на количестве студентов в каждой подгруппе.
3. Чистые листы бумаги, ручки

Ход работы:

1. Все студенты в группе делятся на 3 (4) подгруппы по 3 (2) студента по лоту.
2. Каждая подгруппа сидит за отдельным столом, составля лист бумаги и ручку.
3. Лист содержит дату, номер группы, факультет, имя студента, имя студента и название работы.
4. Один из участников подгруппы получает задание из конверта
5. Все ученики в небольшой группе обсуждают задачу вместе, а затем один из них пишет решение.
6. Учитель будет следить за ходом работы.
7. В конце времени работа передается учителю.
8. Все участники обсудят результаты, выберут лучшее решение и наберут максимальное количество баллов.

Вопросы по игре:

1. Этиология, классификация анкилозирующего спондилоартрита
2. Патогенез и клиника анкилозирующего спондилоартрита
3. Особенности течения реактивных артритов, псориатического артрита
4. Лабораторно-инструментальная диагностика серонегативных спондилоартритов, диагностические критерии.
5. Лечение и профилактика серонегативных спондилоартритов

Техника графических органайзеров.

Структура и содержание данных, способы и средства коммуникации и коммуникации между изученными понятиями (события, события, темы и т.д.).

1.Кластер - (cluster-link, link) - способ отображения - сбор идей вокруг ключевого фактора для централизации и определения сущности всей структуры. Ускоряет активацию знаний, способствует свободному и открытому вовлечению новых взаимосвязанных идей в процесс мышления.

Студенты изучат правило кластеризации. На доске или в середине большого листа бумаги заголовком является ключевое слово, или 1-2 слова.

С ключевым словом вложения слова и предложения, связанные с темой, сопровождаются небольшими пятнами «компаньоны». Они сочетаются с ключевыми словами и строками. Запись может продолжаться в течение установленного времени или до конца идеи. Они обмениваются кластерами для обсуждения.

2. Техника ассиссмента

Эта техника используется в качестве метода в методе оценки. Техника означает мастерство. Это означает, что студенты могут компетентно проверить свои знания и навыки, оценить себя и пройти тест.

Оценка определяется как самопрезентация, тест.

Цель метода: Определить уровень усвоения основных понятий профессии обучаемых, оценить их собственный уровень знаний и организовать их знания.

Применение метода. Оценить степень охвата темы во всех видах обучения (в начале урока, в конце курса или в конце любого раздела курса) для повторения, консолидации или промежуточного и окончательного контроля; Он предназначен для проверки знаний обучаемых перед началом новой темы, для определения начальных знаний, навыков и способностей обучаемых, которые пришли на обучение. Этот метод может быть организован индивидуально в ходе обучения или части тренировки.



6. Практическая часть

Практическая часть занятия посвящена курации больных в специализированном или отделении терапии. Вначале преподаватель демонстрирует больных с подагрой и проводит клинический разбор. Затем распределяет их на самостоятельную курацию, по окончании которой,

студенты докладывают больных, демонстрируя при этом отработанные практические навыки. Преподаватель оценивает пошаговое выполнение навыков согласно выработанным на кафедре критериям.

Пошаговое освоение, выполнение и оценка практических навыков

1. Профессиональный расспрос и осмотр больного

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил	
1	Расспрос паспортных данных	0	5	
2	Сбор жалоб	0	5	
3	Сбор анамнеза заболевания	0	10	
4	Сбор анамнеза жизни	0	5	
5	Эпидемиологический, аллергический анамнез	0	5	
6	Объективный осмотр больного	0	25	
7	Обоснование предварительного диагноза	0	10	
8	Составление плана обследования больных	0	10	
9	Обоснование клинического диагноза	0	10	
10.	Проведение дифференциального диагноза	0	10	
11.	Обоснование окончательного диагноза	0	5	
	Всего	0	100	

2. НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ И ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Цель: Выработать навык назначения диеты и плана лечения больных

Выполняемые этапы (ступени):

	Мероприятие	Не выполнил (0 баллов)	Полностью правильно выполнил
1	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	20
2	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	30
3	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	30
4	Профилактические мероприятия	0	20

Аналитическая часть

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. 22-летнего студента беспокоят боли в коленных суставах, левом голеностопном суставе, больших пальцах обеих стоп, боли в левой ягодичной области, рези в глазах и слезоточивость. При мочеиспускании ощущает легкое жжение. Болен около 2 месяцев. Неразборчив в сексуальных связях. При осмотре: со стороны внутренних органов изменений нет. Температура тела 37,7 градусов. В области прикрепления левого ахиллова сухожилия к пяточной кости – припухлость. Окулист поставил диагноз «конъюнктивит». В общем анализе крови: лейкоцитоз, СОЭ- 54 мм/час. В мазке из уретры гонококки не обнаружены.

1. Назовите исследование, имеющее наиболее высокую информативность

2. Сформулируйте диагноз

3. План лечения. 4. Критерия заболевания?

2. Больная Н., 32 лет жалуется на сильную боль правого коленного сустава с последующим распуханием, приводящим к ограничению движения. В левом коленном суставе боли нет. В анамнезе 2-недели назад наблюдалось повышение температуры тела, тошнота, рвота и частый понос. Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок – 0,066%, лейкоциты – 9-10/1, эпителий – 6-7/1. СРО++

I. Ваш предварительный диагноз? Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза: Диф.диагностика.

3. Больной 24 года, студент, жалуется на боли и припухлость в коленных и голеностопных суставах. 1,5 года назад во время летней практики наблюдались боли в животе, самостоятельно разрешившиеся в течение суток, на протяжении 7 дней отмечал жидкий стул без патологических примесей. Лечился отварами трав. Лабораторные исследования: Общий анализ крови: Нь – 84 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$, СОЭ – 26 мм/час. Анализ на РФ отрицательный.

I. Выберите правильный диагноз: Назовите наиболее вероятный возбудитель

3. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Критерия заболевания?

4. Больной 29 лет, жалуется на боли и припухлость в коленных и голеностопных суставах. 1,5 месяца назад наблюдались дизурические явления, самостоятельно разрешившиеся. Лечился отварами трав. Объективно: общее состояние средней тяжести. Отмечаются припухлость, боль при пальпации в коленных и голеностопных суставах. Анализ на РФ отрицательный. Лабораторные исследования: Общий анализ крови: Нь – 100 г/л, лейкоциты – $9,3 \times 10^9$, СОЭ – 28 мм/час.

I. Выберите правильный диагноз? Обследование. Лечение

5. . Больной Т. 25 лет, жалуется на боли в лучезапястных, коленных суставах, трудности в ходьбе, общую слабость. Объективно: общее состояние средней тяжести. Отмечаются припухлость, деформация, ограничение движения, боль при пальпации в лучезапястных, коленных суставах, хромота. Кожа бледная, без высыпаний. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тоны приглушены. АД 125/70 мм.рт.ст. Пульс 82 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный Лабораторные исследования: Общий анализ крови: Нь – 94 г/л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$, СОЭ – 24 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок – 0,066%, лейкоциты – 9-10/1, эпителий – 6-7/1. СРО ++, РФ - отрицательный.

Анализ соскоба из уретры: обнаружена *Chlamidia trachomatis*.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие группы препаратов показаны для лечения больного?

3. Диф.диагностика.

6. 33-летний мужчина обратился с жалобами на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в ягодицах усиливающиеся ночью. Болен в течение 5 лет. Постоянно принимает индометацин. Объективно: кифоз шейного отдела позвоночника, « поза просителя», паравертебральные мышцы напряжены. Кожа бледная, без

высыпаний. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тоны приглушены. АД 120/75 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Периферические суставы не изменены. В анализе крови – НЬ – 96 г/л, лейкоциты $-9,1 \times 10^9$, СОЭ -38 мм/час

1. Какое исследование позволит уточнить диагноз?
2. Какие изменения Вы ожидаете обнаружить при этом исследовании?
3. Сформулируйте клинический диагноз

7. Мужчине

27 лет, беспокоят боли в поясничном отделе позвоночника и ягодичных областях, тазобедренных и плечевых суставах, утренняя скованность около 1 ч. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа бледная, без высыпаний. Отмечаются припухлость, деформация, ограничение движения, боль при пальпации в позвоночнике. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Сердце: тоны приглушены. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 72 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторные исследования. СРО ++, РФ - отрицательный СОЭ 36 мм/час.

- I. Какой метод наиболее информативный для установления диагноза?
- II. Выберите лечение для данного больного. Критерия заболевания?

Тесты по серонегативным артритам и реактивным артритам

1. Укажите возбудителя реактивных артритов :

- + уреоплазма
- гонококк
- пневмококк
- кандиды
- клебсиелла

2. При невысокой активности болезни Бехтерева применяют:

- + нестероидные противовоспалительные препараты *
- стероиды
- цитостатики
- витамины
- препараты золота

3. Выделите рентгенологический признак болезни Бехтерева:

- + наличие синдесмофитов
- субхондрал остеосклероз
- остеофиты
- кисты суставах
- остеопороз

4. Выделите рентгенологический признак болезни Бехтерева:

- + двусторонний сакроилеит*
- субхондральный остеосклероз
- остеофиты
- наличия кист
- остеопороз

5. Выделите характерный признак болезни Бехтерева:

- + преимущественно поражается пояснично-крестцовое сочленение*
- поражается крупные сосуды
- межфаланговые суставы поражаются
- симметричность поражения
- наличие Геберденовых узелков

6. Для болезни Рейтера характерное поражение :

- + уретрит
- бронхит
- гломерулонефрит
- миокардит
- плеврит

7. Для болезни Рейтера характерное поражение :

- + конъюнктивит
- перикардит
- перитонит
- миастения
- миалгия

8. Укажите характерное поражение суставов при болезни Рейтера:

- + рективный олиго или моноартрит
- симметричное поражение суставов
- “летучие” боли в суставах
- “стартовые” боли в суставах
- утренняя скованность в суставах

9. Выделите антибиотик для лечения реактивного артрита:

- + кларитромицин*
- цефатоксим
- гентамицин
- пенициллин
- олеандомицин

10. Выделите антибиотик для лечения реактивного артрита:

- + суламед*
- цефатоксим

- гентамицин
- пенициллин
- олеандомицин

11. Выделите 2 заболевания, входящие в группу серонегативных спондилоартритов

- +болезнь Бехтерева
- +синдром Рейтера

- ревматоидный артрит
- деформирующий остеоартроз

12. Сочетание каких 3 симптомов характеризует Рейтера:

- + поражение мочеполовых органов
- + реактивный олиго или моноартрит
- + поражение глаз (конъюнктивит)

- поражение печени
- гломерулонефрит
- миокардит

13. Назовите 3 возбудителя реактивного артрита урогенной этиологии:

- + уреоплазма
- + хламидии
- + трихоманады
- гонококки
- стрептококки
- шигеллы

14. Укажите 3 формы болезни Бехтерева:

- + периферическая форма
- + ризомиелическая форма
- + центральная форма
- латентная
- смешанная
- прогрессирующая

8. Контрольные вопросы ОСКИ:

1. Определение и этиология болезни Бехтерева, реактивных артритов
2. Факторы риска и эпидемиология болезни Бехтерева, реактивных артритов
3. Патогенез болезни Бехтерева, реактивных артритов
4. Классификация болезни Бехтерева, реактивных артритов
5. Клиника болезни Бехтерева, реактивных артритов
7. Диагностический алгоритм язвенной болезни
8. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Бехтерева, реактивных артритов

9. Диагностические критерия болезни Бехтерева, реактивных артритов
10. Дифференциальная диагностика болезнь Бехтерева, реактивных артритов.
11. Особенности течения реактивных артритов
12. Принципы лечения болезни Бехтерева, реактивных артритов
13. Группа препаратов, применяемые в лечении болезни Бехтерева, реактивных артритов.
14. Профилактика болезни Бехтерева, реактивных артритов.

9. НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Курация больных по теме или волонтеры, истории болезни, сценарий ролевой игры, графические органайзеры, рентгенограммы, видеоролик.

10. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ:

Общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, рецепты, рентгенограммы, результаты УЗИ исследований, ситуационные задачи, тесты.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

ОСНОВНАЯ:

1. Насонов Е.Л., Н. В. Ревматология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2010.
2. Насонов Е.Л., Соловьев С.К. Ревматология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2014.
3. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей. – Санкт – Петербург. 2001.
4. Реактивные артриты. Т.С. Солиев. Ташкент. 2004

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Реактивные артриты и синдром Рейтера. Ревматические болезни. Руководство по внутренним болезням. – М.: Медицина, 1997.
2. Агабабова Э.Р. Артриты, связанные с инфекцией // Клиническая ревматология. Руководство по внутренним болезням под ред. Насоновой В.А., Астапенко М.Г. – М.: Медицина, 1989.
3. Агабабова Э.Р. Инфекции при спондилоартритах/ спондилоартропатиях. // Рос. ревматол. - 1998. - №1. - С.7-16.
4. Кундер Е.В. Псориатический артрит: Классификация, активность, лабораторная и инструментальная диагностика//Вестник ВГМУ, 2013, том 12
5. <http://www.dissercat.com/content/meditsinskaya-reabilitatsiya-bolnykh-seronegativnymi-spondiloartritami#ixzz54VedfcQn>

Критерии оценки текущего контроля

	Экспресс тесты, письменная работа, устный опрос, презентации. Успеваемость в баллах
Критерии оценок	<p style="text-align: center;">86-100 балл “отлично”</p> <ul style="list-style-type: none"> - полный ответ по теме, на все вопросы отвечает полностью и правильно, активно использует аналитические способности и полученные знания при решении заданий, с использованием интерактивных методов обучения, - Высокое качество проведения курации больного, оформления предварительного диагноза, составления плана обследования больного, интерпретации лабораторных данных, проведения дифференциальной диагностики, лечения с выпиской рецептов; - Высокое качество написания зачетной истории болезни; - Решение в полном объеме сложных ситуационных задач, тестовых заданий, правильная интерпретация ЭКГ, рентгенограмм и других заданий с формированием полного клинического заключения. <p style="text-align: center;">71 – 85 балл “хорошо”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ответ выше среднего и хорошего качества, соответствующий программе. - Проведение курации больного с обоснованием предварительного диагноза, составления плана обследования больного. .Правильная интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. Проведение дифференциального диагноза, назначение планового лечения. -Грамотное решение ситуационных задач, тестовых заданий, небрежность в оформлении заключения по интерпретации ЭКГ и рентгенограмм. -Хорошее качество написания зачетной истории болезни. <p style="text-align: center;">55-70 балл “удовлетворительно”</p> <ul style="list-style-type: none"> Участие в разборе темы, средний по уровню ответ с неточностями и ошибками. -Отдельные погрешности при выполнении курации больных, оформления диагноза, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. -Среднее качество написания истории болезни с помощью преподавателя. Назначение планового лечения больному без обоснования необходимости назначения того или другого препарата. <p style="text-align: center;">0-54 балл “неудовлетворительно”</p> <ul style="list-style-type: none"> -Не имеет точного представления о теме;

	<p>-Не участвует в разборе темы.</p> <p>-не может курировать тематических больных, написания истории болезни с помощью преподавателя</p> <p>-не умение интерпретаций результатов лабораторно-инструментальных методов обследований, оформление предварительного и клинического диагнозов, не проводит дифференциальный диагноз, назначение планового лечения</p>		
		Макс. балл	Место проведения
	Текущий контроль:теоритическая (40) и практическая (60)	50	Во время цикла
	1. Теоретическая часть	40	
	а) Подготовка студентов к лекции и практическому занятию	5	
	б) Оценка теоретических знаний студента на практических занятиях по теме в виде интерактивных методах.	10	
	с) Оценка проблемы в виде ситуационных задач (клиническая ситуация на основе решения проблем)	10	
	д) Оценка тестовых задач	5	
	е) Оценка своевременного выполнения и качества самостоятельных учебных заданий студентов	10	
	2. Практическая часть.	60	
	а) Оценка курации больных- оформление предварительного и клинического диагноза, составление плана обследований пациента, анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований, назначений лечения	20	
	б) Оценка написания истории болезни Предмет “Факультетская терапия” является клиническим предметом, поэтому студенты в течение цикла систематическим образом заполняют историю болезни.	20	
	с) Поэтапное выполнение практических навыков	20	



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 1,51 п.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 1505-2022.
Отпечатано ООО «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI»
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716

