Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних занять

для студентів

Навчальна дисципліна: «Педіатрія в тому числі виробнича лікарська практика (професійне навчання) дитячі хвороби»
Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Кафедра педіатрії № 2

Затверджено на засіданні кафедри педіатрії №2 від 26 серпня 2024 року, протокол № 1

Розглянуто та затверджено: ЦМК з педіатричних дисциплін

від 29 серпня 2024 року, протокол № 1

Тема заняття:

«Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) та реактивні артропатії у дітей»

Компетенції: (формулювання компетенцій):
Здатність збирати медичну інформацію про дитину та аналізувати дані (скарги, анамнез життя, анамнез захворювання) у дітей із ювенільним ідіопатичним артритом та реактивними артропатіями
Здатність виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми при ювенільному ідіопатичному артриті та реактивних артропатіях у дітей.
Здатність до визначення необхідного переліку інструментальних досліджень для діагностики ювенільного ідіопатичного артриту та реактивних артропатіях у дітей.
Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу ювенільного ідіопатичного артриту та реактивних артропатіях у дітей.
Здатність до визначення принципів та характеру лікування ювенільного ідіопатичного артриту та реактивних артропатіях у дітей.
Здатність до абстрактного мислення, аналізу.
Здатність оволодівати та опрацьовувати сучасні знання.
Розуміння особливостей роботи із дітьми різного віку.
Здатність приймати рішення при вивченні дисципліни «Педіатрія в тому числі виробнича лікарська практика (професійне навчання) дитячі хвороби».

Мета заняття:

Формування фахових компетенцій для досягнення програмних результатів навчання шляхом контролю початкового рівня знань в процесі обговорення теоретичних питань та тестування, виконання практичних завдань та проведення контролю кінцевого рівня підготовки при вирішенні ситуаційних задач з діагностики, лікування ювенільного ідіопатичного артриту та реактивних артропатіях у дітей

.

Обладнання – Персональний комп'ютер з відповідним інформаційним забезпеченням, довідкові матеріали, методичні рекомендації, виписки з історій хвороби, набір результатів інструментальних та лабораторних досліджень, муляж

План та організаційна структура заняття

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
Підготовчий	*Організаційні питання* *Мотивація навчання:* За даними МОЗ України розповсюдженість ідеопатичного артриту серед дітей 0-17 років у 2016 році склала 0,33 на 1000 дітей віком до 17 років, захворюваність – 6 випадків на 100 тис дітей (Волосовець О.П., 2017). У 30-50% хворих на ювенільний артрит розвивається інвалідність після 3-5 років хвороби. Розвиток інвалідності серед дітей хворих на ювенільний артрит та зниження працездатності в дорослому віці є найважливішим соціально-економічним наслідком цього захворювання.	Ознайомлю-вальний	25 хв

	Контроль початкового рівня знань - тестовий контроль та усне опитування. Приклади тестових завдань: **1. Активність процессу ЮІА визначається за:** **А. Значеннями ШОЕ та СРП у плазмі крові** В. Наявністю ревматоїдного фактора у плазмі крові С. Кількістю лейкоцитів у синовіальній рідині D. Значеннями антистрептолізину О (АСЛ-О) **2. Гострий реактивний артрит може при неадекватній терапії трансформуватися у хронічний, особливо після перенесення бактеріальної кишкової інфекції або інфекції сечостатевого тракту. Який мікроорганізм найчастішесприяє розвитку хронічного артриту?** A.Escherichia coli **B. Chlamydia trachomatis** C. Proteus mirabilis D Pseudomonas aeruginosa E Staphylococcus saprophyticus **3. Наявність ревматоїдногофактора (РФ) у крові свідчить про:** А. Легкий перебіг ЮІА **В. Важкий перебіг ЮІА, схильність захворювання до системних проявів з прогресуванням запального процесу у суглобах** С. Безперервно-рецидивуючий перебіг ЮІА D. Позитивний прогноз, невисоку ймовірність інвалідізації та летальності Е. Клініко – лабораторну ремісію ЮІА **4. Для постстрептококового реактивного артриту типовим є:** **А.Маніфестація артриту в середньому через 10 -14 днів після перенесеного гострого респіраторного захворювання або тонзиліту** В.Симптоми хвороби відповідають двом малим критеріям Джонса, 2015. С.Субклінічний вальвуліт D.Мігруючий симетричний артрит Е.Невелике звуження суглобової щілини на рентгенограмі **5.Ентезит - асоційований артрит (ЕАА) - єклінічним варіантом ЮІА. Які клінічні ознаки доводять наявність ЕАА?** А. Симетричний артрит на початку хвороби В. Раннє залучення більше 5 суглобів С. Залучення суглобів верхньої кінцівки **D. Артрит і ентезити та наявністю 2 з таких ознак: чутливість сакроілеальних з'єднань і / абобіль у спині; наявністьHLA – B 27 антигену; початок артриту у хлопчиків старше 6 років;**	Відтворю-Вальний	

	гострий передній увеїт; у сімейному анамнезі HLA – B 27- асоційовані захворювання у родичів 1 ступеня споріднення Е. Асиметричний ентезит		
Основний	Формування фахових компетенцій: - демонстрація тематичного хворого або ознайомлення з виписками з історій хвороби дітей із ювенільним ревматоїдним артритом, реактивними артропатіями; - оцінювання результатів інструментальних чи лабораторних досліджень; - на підставі анамнезу, даних клінічного обстеження та результатів лабораторних досліджень встановлення попереднього клінічного діагнозу; - визначення чинників та патогенетичних механізмів розвитку захворювання; - призначення лікування, показання до оперативного лікування; .	Ознайомлю-вальний Відтворю-вальний Творчий Відтворю-вальний Творчий Реконструк-тивний, творчий	125 хв
Заключний	Контроль кінцевого рівня підготовки (ситуаційні задачі): Приклади ситуаційних задач: **Задача 1.** Дитина (дівчинка) 16 років поступила до відділення кардіоревматології зі скаргами на біль у симетричних променезап'ясткових, ліктьових та колінних суглобах, вранішню скутість, що триває у продовж від 1 до 2 годин, загальну слабкість. Температура тіла 37,8 0 С. Ззовні суглоби збільшені у розмірах, температура шкіри над ураженими суглобами підвищена, об'єм активних та пасивних рухів обмежений, рухи болісні. На шкірі тулуба візуалізується макуло-папульозна висипка. В амбулаторних умовах проведена рентгенографія обох колінних суглобів. Виявлено: епіфізарний остеопороз, розволокнення хряща, звуження суглобної щілини, одиничні ерозії. У аналізі крові: гемоглобін 102 г/л, лейкоцити – 9,7*109 /л, ШОЕ - 35 мм/год, рівень СРП- ++, фібриноген – 5,2 мг/л, альфа-2 глобуліни - 16%, АНА позитивні у високих титрах, антицитрулінові антитіла (anti-CCP) позитивні . 1. Сформулюйте попередній діагноз.	Творчий	30 хв

	2.Визначьте діагностичний та лікувальний алгоритм. *Еталон відповіді* ЮІА поліартикулярний (з найбільшою імовірністю РФ «+», - обґрунтувати), І І стадія активності, І І стадія рентгенологічних змін, функціональний клас за Штейнброкером - І І Диференціювати слід з артритами при ГРЛ та системних захворюваннях сполучної тканини, реактивними артритами при різних інфекційних та алергічних захворюваннях, посттравматичними артритами, остеомієлітом, остеохондропатіями, артритом при геморагічному васкуліті та іншими а) діагностичний алгоритм: - ЗАК у динаміці, ЗАС; - УЗД, КТ двох симетричних суглобів, рентгенографія 2- симетричних суглобів; - серологічні проби: РФ та у динаміці анті-ССР, АНА; -гострофазові показники з урахуванням рівня лейкоцитів, ШОЕ, СРП у динаміці; - HLA-B-27; - Визначитирівень 25OHDу сироватці венозної крові; - консультація окуліста (діагностика увеїту); - скринінг на туберкульоз та інші інфекції; - інші лабораторні та інструментальні дослідження з метою проведення диференціальної діагностики; б) Лікувальна тактика: - режим з обмеженням рухового режиму; - Дієта з обмеженням жирів та вуглеводів. Надається перевага білковій дієті з підвищеним вмістом кальцію. Призначають вітамін D3 в залежності від рівня у сироватці венозної крові 25OHD у терапевтичних або профілактичних дозах. -Медикаментозна терапія: - німесулід 2-3 мг/кг у 2 прийоми; - метотрексат 10мг/м2/ тиждень під контролем клініко-лабораторних показників. при відсутності ефекту через 6-8 тижнів комплексної терапії призначити етанерсепт у 0,4 мг/кг двічі на тиждень / або інгібітори IL-1/або антагоністи IL-6 рецепторів Задача 2. Хлопчик, 13 років, поступив на обстеження зі скаргами на біль в колінних гомілковостопних суглобах протягом останніх 4 міс, тривалий субфебрилітет, підвищену стомлюваність. Початок захворювання пов’язують з перенесеною ГРВІ, що протікала з високою лихоманкою. На фоні		

	субфебрилитету, що зберігався, хлопчик відпочивав влітку біля моря, після чого вказані скарги посилилися. 1. Сформулюйте попередній діагноз. 2.Визначте діагностичний та лікувальний алгоритм. *Еталон відповіді* ЮІА олігоартикулярний, персистуючий а) діагностичний алгоритм: - ЗАК, ЗАС; - УЗД, КТ двох симетричних суглобів, рентгенографія 2- симетричних сиглобів; - серологічні проби: РФ, анті-ССР, АНА; -гострофазові показники з урахуванням рівня лейкоцитів, ШОЕ, СРП; - HLA-B-27; 25OHDу сироватці венозної крові. - консультація окуліста (діагностика увеїту); - скринінг на туберкульоз та інші інфекції; - інші лабораторні та інструментальні дослідження з метою диференціальної діагностики; б)Лікувальна тактика: - визначити необхідність госпіталізувати дитину; - режим з обмеженням рухового режиму; - Дієта з обмеженням жирів та вуглеводів. надається перевага білковій дієті з підвищеним вмістом кальцію. Призначають вітамін D (дозу підбирають індивідуально в залежності від рівня 25OHD у сироватці венозної крові). -Медикаментозна терапія (індивідуалізована): - німесулід 2-3 мг/кг у 2 прийоми у продовж 4 – 6 тижнів під контролем клініко – лабораторних показників. При відсутності ефекту від НПЗП при обмеженні функціональної спроможності суглоба внутрішньоартикулярно ввести кортикостероїди (Тріамсінолонгексацетонід) з пролонгованою дією. Якщо після застосування вищезазначеної терапії ефект терапевтичний відсутній дитині слід призначити метотрексат 10мг/м2/ тиждень під контролем клініко – лабораторної картини захворювання. При відсутності ефекту у продовж 8 тижнів дитині призначають інгібітори TNF **Задача 3.** Хвора, 6 років, поступає в стаціонар повторно зі скаргами на болі і порушення рухів в колінних, гомілковостопних, променевозап’ястних і кульшових суглобах, вранішню скутість. З анамнезу відомо, що дитина хвора з 2 років. Загальний аналіз крові: Hb – 90 г/л, ер – 3,1х1012, Лейк – 15,0×109/л, п – 4%, с – 42%, е – 6%, л – 47%, м – 1%, ШОЕ – 25 мм / год. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1014, білок – 0,033 г /л, лейкоцити –		

	1-3 в п/з, еритроцити – відсутні. Біохімічні аналіз крові: загальний білок – 83 г/л, альбуміни - 48%, глобуліни: α1- 5%, α 2 – 12%, β – 5%, γ – 30%, серомукоїд – 0,8 (норма-до 0,2), АЛТ-32 Од/л, АСТ – 25 Од/л, сечовина – 4,5 ммоль/л. СРП +++. Рентгенографія кульшових та колінних суглобів: визначається епіфізарний остеопороз, звуження суглобової щілини. 1. Сформулюйте діагноз за класифікацією. 2.Визначьте діагностичну та лікувальну тактику. *Еталон відповіді* 1.ЮІА поліартикулярний, І І стадія активності, І І стадія рентгенологічних змін, функціональний клас за Штейнброкером - І І а) діагностичний алгоритм: - ЗАК, ЗАС; - УЗД, КТ двох симетричних суглобів, рентгенографія 2- симетричних суглобів; - серологічні проби: РФ, анті-ССР, АНА; -гострофазові показники з урахуванням рівня лейкоцитів, ШОЕ, СРП; - HLA-B-27; - Визначити рівень 25OHD у сироватці венозної крові - консультація окуліста (діагностика увеїту); - скринінг на туберкульоз та інші інфекції; - інші лабораторні та інструментальні дослідження з метою диференціальної діагностики; б)Лікувальна тактика: - визначити необхідність госпіталізувати дитину; - режим з обмеженням рухового режиму; - Дієта з обмеженням жирів та вуглеводів. надається перевага білковій дієті з підвищеним вмістом кальцію. Призначають вітамін D (дозу підбирають індивідуально в залежності від рівня 25OHD у сироватці венозної крові). -Медикаментозна терапія: - німесулід 2-3 мг/кг у 2 прийоми; - метотрексат 10мг/м2/ тиждень під контролем клініко-лабораторних показників. при відсутності ефекту через 6-8 тижнів комплексної терапії призначити етанерсепт у 0,4 мг/кг двічі на тиждень / або інгібітори IL-1/або антагоністи IL-6 рецепторів *Загальна оцінка навчальної діяльності студента*		

Рекомендована література:

Основна:

1.Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume set, 21-th edition. By Robert M. Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme and Nina F Schor. – Philadelphia, PA : Elsevier Inc., 2020 - 4264 p. (1258-1268)
ISBN-10 : 032352950X ISBN-13 : 978-0323529501

2. Педіатрія. Том 1. Автор: Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Варзарь А., Валіуліс А. Видавництво: НОВА КНИГА, 2023, 712ст. . ISBN 978-966-382-940-1.

3. Маркданте К.Дж. Основи педіатрії за Нельсоном : у 2 т. Т. 2 / К.Дж. Маркданте, Р.М. Клігман ; наук. ред. перекладу В.С. Березенко, Т.В. Починок. – К. : ВСВ «Медицина», 2020. – XIV, 426 с. (с. 357-360).
ISBN 978-617-505-780-3

Додаткова:

David D Sherry, Lawrence K Jung / Juvenile Idiopathic Arthritis[Електронний ресурс] - Medscape (2024). Режим доступу: https://emedicine.medscape.com/article/1007276-overview

Питання для самопідготовки:

1. Визначення ЮА, реактивних артропатії;
2. Етіологія та патогенез ЮА, реактивних артропатії;
3. Сучані класифікації ЮА;
4. Основні клінічні варіанти ЮА у дітей;
5. Клініка реактивних артропатії у дітей;
6. Основні критерії діагностики при ЮА, реактивних артропатії у дітей;
7. Особливості суглобового синдрому при ЮА, реактивному артриті;
8. Методи діагностики при ЮА, реактивних артропатіях у дітей;
9. Рентгенологічна картина при ЮА;
10. Лабораторні ознаки активності при ЮА. Ревматоїдний фактор;
11. Диференційна діагностика ЮА з іншими системними захворюваннями;
12. Основні принципи лікування дітей з ЮА, реактивними артропатіями;
13. Базисна терапія при ЮА, реактивних артропатіях у дітей;
14. Реабілітація дітей з ЮА;
15. Прогноз у дітей з ЮА.

16. Методичні рекомендації складені доц.Ємець О.В.