

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 артрити та реактивних артропатіях у дітей.

Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу ювенільного ідіопатичного артрити та реактивних артропатіях у дітей.

Здатність до визначення принципів та характеру лікування ювенільного ідіопатичного артрити 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 артрити 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	<i>Організаційні питання</i> <i>Мотивація навчання:</i> За даними МОЗ України розповсюдженість ідіопатичного артрити 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

	<i>Контроль початкового рівня знань - тестовий контроль та усне опитування.</i> <i>Приклади тестових завдань:</i> 1. Активність процесу ЮІА визначається за: A. Значеннями ШОЕ та СРП у плазмі крові B. Наявністю ревматоїдного фактора у плазмі крові C. 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 найчастіше сприяє розвитку хронічного артрити? A. Escherichia coli B. Chlamydia trachomatis C. Proteus mirabilis D. Pseudomonas aeruginosa E. Staphylococcus saprophyticus 3. Наявність ревматоїдного фактора (РФ) у крові свідчить про: A. Легкий перебіг ЮІА B. Важкий перебіг ЮІА, схильність захворювання до системних проявів з прогресуванням запального процесу у суглобах C. Безперервно-рецидивуючий перебіг ЮІА D. Позитивний прогноз, невисоку ймовірність інвалідизації та летальності E. Клініко – лабораторну ремісію ЮІА 4. Для постстрептококового реактивного артрити типовим є: A. Маніфестація артрити в середньому через 10 -14 днів після перенесеного гострого респіраторного захворювання або тонзиліту B. Симптоми хвороби відповідають двом малим критеріям Джонса, 2015. C. Субклінічний вальвуліт D. Мігруючий симетричний артрит E. Невелике звуження суглобової щілини на рентгенограмі 5. Ентезит - асоційований артрит (ЕАА) - еклінічним варіантом ЮІА. Які клінічні ознаки доводять наявність ЕАА? A. Симетричний артрит на початку хвороби B. Раннє залучення більше 5 суглобів C. Залучення суглобів верхньої кінцівки D. Артрит і ентезити та наявністю 2 з таких ознак: чутливість сакроілеальних з'єднань і / або біль у спині; наявність HLA – В 27 антигену; початок артрити у хлопчиків старше 6 років;	Відтворю- Вальний	
--	--	----------------------	--

	гострий передній увеїт; у сімейному анамнезі HLA – В 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-ва льний 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. Зовні 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. <i>Еталон відповіді</i> 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; - Визначити рівень 25ОНDу 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 25ОНD 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 ІЛ-1/або антагоністи ІЛ-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 посилюлися. 1. Сформулюйте попередній діагноз. 2. Визначте діагностичний та лікувальний алгоритм. <i>Еталон відповіді</i> ЮІА олігоартикулярний, персистуючий а) діагностичний алгоритм: - ЗАК, ЗАС; - УЗД, КТ двох симетричних суглобів, рентгенографія 2- симетричних суглобів; - серологічні проби: РФ, анти-ССР, АНА; - гострофазові показники з урахуванням рівня лейкоцитів, ШОЕ, СРП; - HLA-B-27; 25ОНDу 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 25ОНD 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, променевоzap'ястних і кульшових суглобах, вранішню скутість. З анамнезу відомо, що дитина хвора з 2 років. Загальний аналіз крові: Нb – 90 г/л, ер – 3,1х10¹², Лейк – 15,0х10⁹/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. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 83 г/л, альбуміни - 48%, глобуліни: α_1- 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. Визначте діагностичну та лікувальну тактику. <i>Еталон відповіді</i> 1. ЮІА поліартрикулярний, I I стадія активності, I I стадія рентгенологічних змін, функціональний клас за Штейнброкером - I I а) діагностичний алгоритм: - ЗАК, ЗАС; - УЗД, КТ двох симетричних суглобів, рентгенографія 2- симетричних суглобів; - серологічні проби: РФ, анти-ССР, АНА; - гострофазові показники з урахуванням рівня лейкоцитів, ШОЕ, СРП; - HLA-B-27; - Визначити рівень 25ОНD 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 25ОНD 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 <i>Загальна оцінка навчальної діяльності студента</i>		
--	--	--	--

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. Сучасні 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.