

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(ГБОУ ВПО СПбГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ ИМ. ПРОФЕССОРА И.М. ВОРОНЦОВА ФП И ДПО

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
«25» мая 2016 г., протокол № 10

И.о. проректор по учебной работе,  
председатель Учебно-методического совета,  
профессор Орел В.И.



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ  
КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СО СРОКОМ ОСВОЕНИЯ  
36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ  
«АРТРИТЫ У ДЕТЕЙ»**

Санкт-Петербург  
2016 г.

## СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Артриту у детей» по специальности «Ревматология»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Новик Геннадий Айзикович	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
2.	Кручина Татьяна Кимовна	Д.м.н.	Профессор кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
3.	Слизовский Николай Владимирович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
4.	Аббакумова Лариса Николаевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
5.	Жданова Марина Владимировна	К.м.н.	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
6.	Рохлина Фаина Валерьевна	К.м.н.	Ассистент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
7.	Кожевников Алексей Николаевич	К.м.н.	Ассистент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Артриту у детей» по специальности «Ревматология» обсуждена на заседании кафедры педиатрии им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО «28» апреля 2016 г. протокол № 7.

Заведующий кафедрой, проф.  / Г.А.Новик /  
(подпись) (ФИО)

### Рецензенты:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Часнык Вячеслав Григорьевич	д.м.н., профессор	заведующий кафедрой госпитальной педиатрии	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
2	Мельникова Ирина Юрьевна	д.м.н., профессор	заведующая кафедрой педиатрии и детской кардиологии	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

## I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — одно из наиболее частых и инвалидизирующих ревматических заболеваний у детей. Заболеваемость ЮИА в мире составляет от 2 до 16 случаев на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. Распространенность ЮИА в разных странах составляет 0,05–0,6%. В Российской Федерации распространенность ЮИА у детей в 2007 г. составляла в среднем 45,8 на 100 000 детского населения, а у подростков — 121,5. **Актуальность** дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по программе «Ревматология» обусловлена многообразием клинических проявлений ревматических заболеваний, большим удельным весом полиорганной патологии, необходимостью формирования широкого врачебного кругозора, совершенствования врачебного мышления, логики и семиотики диагноза. Весьма важным является углубленное изучение современных подходов к диагностике и лечению ревматических заболеваний. При этом важна не только базовая теоретическая составляющая, но и адекватная клиническая подготовка. Осуществлению данной цели служит программа повышения квалификации, в ходе которого происходит дальнейшее углубление теоретической и повышение практической подготовки врачей-ревматологов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена.

**При разработке данной программы учтены (использованы) следующие клинические рекомендации** (<http://www.femb.ru/feml>):

-Ревматология детского возраста (Национальные клинические рекомендации)

**Программа может быть использована для обучения врачей следующих специальностей:** ревматология, детская кардиология, педиатрия, общая врачебная практика

**Цель дополнительной профессиональной программы** повышения квалификации врачей «Артриты у детей» по специальности «Ревматология» (далее - программа), в соответствии с положениями частей 1 и 4 статьи 76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» ФЗ- 273 от 29.12.2012 г., заключается в удостоверении образовательных и профессиональных потребностей, профессионального развития человека, обеспечении соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды.

Данная программа направлена на совершенствование имеющихся и получение новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Трудоемкость освоения – 36 академических часов.

1 академический час равен 45 минутам.

1 академический час равен 1 кредиту.

Основными компонентами программы являются:

- актуальность;
- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- учебный план;
- организационно-педагогические условия реализации программы;
- оценочные материалы.

В содержании программы предусмотрены необходимые знания и практические умения по социальной гигиене и организации здравоохранения. Для формирования профессиональных навыков, необходимых для проведения профильной помощи (диагностических исследований) в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс (далее ОСК).

Программа ОСК состоит из двух компонентов:

- 1) ОСК, направленного на формирование общепрофессиональных умений и навыков;
- 2) ОСК, направленного на формирование специальных профессиональных умений и навыков.

Содержание программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел модуля подразделяется на темы, каждая тема на элементы, каждый элемент на подэлементы. Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела (например, 1), на втором код темы (например, 1.1), далее – код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определённый порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее УМК).

Учебный план определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение модулей (разделов), устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, ОСК, семинарские занятия, практические занятия), формы контроля знаний.

В программу включены планируемые результаты обучения. Планируемые результаты обучения направлены на совершенствование профессиональных компетенций врача-ревматолога, его профессиональных знаний, умений, навыков. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами, квалификационными характеристиками по соответствующим должностям, профессиям и специальностям (или, квалификационным требованиям к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации о государственной службе).

В дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей-ревматологов «Артриты у детей» по специальности «Ревматология» содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация по программе осуществляется посредством проведения зачета и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием программы.

Организационно-педагогические условия реализации программы. Условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Артриты у детей» включают:

- а) учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности;
- б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;
- в) материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки:
  - учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
  - клинические базы в медицинских организациях, научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- г) кадровое обеспечение реализации программы соответствует требованиям штатного расписания кафедры;
- д) законодательство Российской Федерации.

## II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

**Характеристика профессиональных компетенций врача-ревматолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Артриты у детей» по специальности «Ревматология»**

**У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее - УК):**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

**У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее - ПК):**

**В диагностической деятельности:**

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-1);

**У обучающегося совершенствуются следующие профессионально-специализированные компетенции (далее – ПСК):**

**В диагностической деятельности:**

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области ревматологии (ПСК-1);
- способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики лабораторно-инструментального обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики ревматологических заболеваний (ПСК-2);
- способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы ревматологических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при ревматологических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе ревматологических заболеваний (ПСК-3);

### **Перечень знаний, умений и навыков**

**По окончании обучения врач-ревматолог должен знать:**

Артриты у детей:

- номенклатуру и классификацию,
- эпидемиологию, распространенность заболеваний;
- генетические аспекты;
- особенности детской нозологии, пограничные состояния в ревматологии;
- острые и хронические воспалительные заболевания суставов и позвоночника
- дегенеративные, метаболические и другие невоспалительные заболевания суставов у детей
- методы инструментальной и лабораторной диагностики
- медикаментозные и немедикаментозные методы лечения
- терапию неотложных состояний
- диспансерное наблюдение и реабилитацию детей и подростков с суставной патологией;

**По окончании обучения врач-ревматолог должен уметь:**

- диагностировать артриты у детей
- определять тактику ведения и проводить медикаментозное и не медикаментозное лечение больных с суставной патологией;
- своевременно диагностировать и лечить осложнения заболеваний, осложнения медикаментозного лечения;
- определять показания к консультациям других специалистов и организовывать их;
- принимать меры по реабилитации больных с суставной патологией
- проводить диспансеризацию больных с суставной патологией;
- уметь вести медицинскую документацию больных ревматологического профиля.

**По окончании обучения врач-ревматолог должен владеть навыками:**

- навыки клинического обследования пациентов с ревматической патологией;
- проведение диагностической и лечебной пункции суставов и оценка результатов диагностической пункции;
- овладение тактикой врачебных действий при обследовании и лечении больных с суставной патологией.

**III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОМУ ЗАЧЕТУ**

- А. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часов «Артриты у детей» по специальности «Ревматология» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-ревматолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.
- Б. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часа «Артриты у детей» по специальности «Ревматология»
- В. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часа «Артриты у детей» по специальности «Ревматология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – Удостоверение о повышении квалификации.

**IV. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ**

**РАЗДЕЛ 1**

**ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ И ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Ювенильный ревматоидный артрит
1.2	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз ЮА
1.3	Лечение ЮРА
1.4	Ювенильный хронический артрит.

**РАЗДЕЛ 2**

**ЮВЕНИЛЬНЫЕ СПОНДИЛОАРТРОПАТИИ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Общие представления о ювенильных спондилоартропатиях.
2.2	Внесуставные проявления, лечение ювенильных спондилоартропатиях.
2.3	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз спондилоартропатий детского возраста

**РАЗДЕЛ 3**  
**ИНФЕКЦИОННЫЕ И РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.1	Реактивные артриты
3.2	Инфекционные артриты.

**РАЗДЕЛ 4**  
**НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ АРТРИТЫ И АРТРОПАТИИ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
4.1	Остеоартриты в детском возрасте
4.2	Остеохондропатии
4.3	Неревматические артропатии у детей

**РАЗДЕЛ 5**  
**СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
5.1	Отработка навыков физикального осмотра детей.
5.2	Отработка навыков постановки периферических катетеров, внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций.

**РАЗДЕЛ 6**  
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
6.1	Дифференциальная диагностика различных воспалительных поражений суставов в детском возрасте
6.2	Значение инструментальных и морфологических методов диагностики артритов и артропатий детского возраста

## V. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

**Цель:** систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, освоение новых знаний, методик, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций по вопросам диагностики, лечения и реабилитации ревматологических заболеваний у детей.

**Категория обучающихся:** врачи-ревматологи, детские кардиологи, педиатры, врачи общей врачебной практики.

Трудоемкость обучения: **36** академических часа

Форма обучения: очная

Режим занятий: 6 академических часов в день

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе					Форма контроля
			Лекции	ОСК	ПЗ	СЗ	Ит.Ат	
<b>1</b>	<b>Ювенильный хронический и ювенильный ревматоидный артрит</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
1.1	Ювенильный ревматоидный артрит		1					
1.2	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз ЮА				4			
1.3	Лечение ЮРА		0,5					

1.4	Ювенильный хронический артрит		0,5					
<b>2</b>	<b>Ювенильные спондилоартропатии</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
2.1	Общие представления о ювенильных спондилоартропатиях.		1					
2.2	Внесуставные проявления, лечение ювенильных спондилоартропатиях.		1					
2.3	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз спондилоартропатий детского возраста				4			
<b>3</b>	<b>Инфекционные и реактивные артриты</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
3.1	Реактивные артриты		2					
3.2	Инфекционные артриты.				4			
<b>4</b>	<b>Неревматические артриты и артропатии</b>	<b>6</b>	<b>2</b>			<b>4</b>		<b>Текущий контроль (тесты)</b>
4.1	Остеоартриты в детском возрасте		1			4		
4.2	Остеохондропатии		0,5					
4.3	Неревматические артропатии у детей		0,5					
<b>5</b>	<b>Симуляционный курс</b>	<b>6</b>		<b>6</b>				<b>Текущий контроль (оценка практических навыков)</b>
5.1	Отработка навыков физикального осмотра детей			3				
5.2	Отработка навыков постановки периферических катетеров, внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций.			3				
<b>6</b>	<b>Дифференциальный диагноз заболеваний суставов в детском возрасте</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	<b>Текущий контроль (тесты)</b>
6.1	Дифференциальная диагностика различных воспалительных поражений суставов в детском возрасте		2					
6.2	Значение инструментальных и морфологических методов диагностики артритов и артропатий детского возраста				2			
Итоговая аттестация							2	зачет
<b>Всего</b>		<b>36</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	

## VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Тематика лекционных занятий:

№	Тема лекции	Содержание лекции	Формируемые компетенции
1.	Ювенильный ревматоидный артрит	раздел 1.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Лечение ЮРА	раздел 1.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3	Ювенильный хронический артрит	раздел 1.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
4	Общие представления о ювенильных спондилоартропатиях.	раздел 2.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
5	Внесуставные проявления, лечение ювенильных спондилоартропатиях.	раздел 2.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
6.	Реактивный артрит	раздел 3.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

№	Тема лекции	Содержание лекции	Формируемые компетенции
7.	Остеоартриты в детском возрасте	раздел 4.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
8.	Остеохондропатии	раздел 4.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
9.	Неревматические артропатии у детей	раздел 4.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
10.	Дифференциальная диагностика различных воспалительных поражений суставов в детском возрасте.	раздел 6.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

#### Тематика практических занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание практического занятия	Формируемые компетенции
1.	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз ЮА	раздел 1.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз спондилоартропатий детского возраста	раздел 2.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Инфекционный артрит	раздел 3.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
4.	Значение инструментальных и морфологических методов диагностики артритов и артропатий детского возраста	раздел 6.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

#### Тематика семинарских занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание семинара	Формируемые компетенции
1.	Остеоартриты в детском возрасте	Раздел 4.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

## VII. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

### Основная литература:

1. Детская ревматология. Руководство для врачей. Под редакцией А.А. Баранова, Баженовой. Москва, 2002 г.
2. Е.И. Алексеева, Е.С. Жолобова, Е.Г. Чистякова, С.И. Валиева. Реактивные артриты у детей. Стандарты в диагностике и лечении. 2003г.
3. Е.И. Алексеева Ювенильный ревматоидный артрит. Стандарты в диагностике и лечении. Москва, 2005 г.
4. Е.И. Алексеева, П.Ф. Литвицкий «Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения. Москва, 2007г.
5. Анселл Б.М. Ревматические болезни у детей. – М.: Медицина, 1983.
6. Астапенко М.Г., Эрялис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1975.
7. Беленький А.Г. Внутрисуставное и периартикулярное введение кортикостероидных препаратов при ревматических заболеваниях. – М.: Изд. РМАПО, 1997.
8. Беневоленская Л.И. и др. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней. – М.: Медицина, 1989.
9. Внутренние болезни / Под ред. Т.Р. Харрисона. – М.: Медицина, 1995-1996. – Т.5,6,7.
10. Детская ревматология. /под ред. Баранова А.А., Баженовой Л.К. Москва, 2002.

11. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. – Минск: Тивали, 1993.
12. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой и Е.И. Алексеевой. Москва, 2011.
13. Насонов Е.Л. Клиника и иммунопатология ревматических заболеваний. Справочное пособие. – М., 1994.
14. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. – М.: М-Сити, 1996.
15. Насонов Е.Л. и др. Проблема остеопороза в ревматологии. – М.: Стин, 1997.
16. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Глюкокортикостероиды в ревматологии. – М., 1998.
17. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. – М.: Медицина, 1989.
18. Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы./под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, А.Н. Семячкиной. Москва-Тверь-СПб, 2010.
19. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний скелета и суставов. – М.: Медицина, 1969.
20. Ревелл П.А. Патология костной ткани / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1993.
21. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. – М.: Крона-пресс, 1996.
22. Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997.
23. Сорока Н.Ф. «Клиническое исследование суставов при ревматических болезнях» Руководство для врачей. Минск. 2006.
24. Справочник по ревматологии. 2-е изд. / Под ред. В.А. Насоновой. – М.: Медицина, 1993.
25. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989. – Т.1,2.
26. Стерлинг Дж.Вест. Секреты ревматологии / Пер. с англ. – М.: Бинош, 1999.
27. Баранов А.А., Алексеева Е.И., Шувалова М.П., Сырцова Л.Е. Проблемы ревматических болезней у детей в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал 2003; 5: 4-10.
28. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Е.Л.Насонова. М.: Литтерра 2003.
29. Edmonds J.P., Scott D.L., Furst D.E., et al. Antirheumatic drugs: A proposed new classification. Arthritis Rheum 1993: 36; 336-9.
30. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ювенильного ревматоидного артрита. М., 2002.

#### **Дополнительная литература:**

1. Слизовский Н.В., Масалова В.В., Зинченко М.А. «Артриты у детей» Издательство: Санкт-Петербург Год издания:2004 г. Кол-во страниц: 76 страниц.
2. Слизовский Н.В., Масалова В.В. «Методика обследования детей с патологией опорно-двигательного аппарата и основные клинические симптомы поражения суставов» Издательство: Санкт-Петербург Год издания: 2003 кол-во стр.-33
3. Формуляр лекарственных средств (детский многопрофильный стационар). Глава в методических рекомендациях для организаторов здравоохранения и врачей: «Средства, используемые при лечении инфекционных артропатий у детей» Санкт- Петербург, 2004 год. стр. 69-75. Под ред. А.К.Хаджидиса
4. Воронцов И.М., Иванов А.С. «Ювенильный хронический артрит и ревматоидный артрит у взрослых» Уч. Пособие, ЛПМИ, 1987 г.
5. Аббакумова Л.Н. «Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей» Изд-во СПбГПМА, 2006 год, 46 стр.

## Электронная библиотека медицинского ВУЗА

**WWW.STUDMEDLIB.RU**

1. Внутренние болезни: учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А.Мухина. 3-е изд., испр. и доп. 2013. - Т.1. - 960 с. :ил.
2. Внутренние болезни: учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А.Мухина. 3-е изд., испр. и доп. 2013. - Т.2. - 896 с.: ил.
3. Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с.
4. Детские болезни : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 832 с. : ил.
5. Клиническая фармакогенетика: учебное пособие / Под ред. В.Г. Кукеса., Н.П. Бочкова. 2007. - 248 с.
6. РАЗВИТИЕ РЕВМАТОЛОГИИ И РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РОССИИ / О.М. Фоломеева, Ш. Эрдес -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
7. ОБЩИЙ ОСМОТР В РЕВМАТОЛОГИИ / Ю.А. Олюнин -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕВМАТОЛОГИИ / Е.Н. Александрова, М.М. Захарова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
9. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ / Е.Л. Насонов, А.Е. Каратеев, Н.Г. Клюквина -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
10. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ / С.А. Макаров -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
11. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В РЕВМАТОЛОГИИ / С.А. Макаров, Е.Ю. Панасюк, А.О. Арсеньев, С.К. Соловьёв -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
12. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕВМАТОЛОГИИ / А.В. Смирнов, Э.С. Мач, С.Г. Раденска-Лоповок, Р.Т. Алекперов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
13. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика: руководство. Филоненко С.П., Якушин С.С. 2010. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
14. Боль в спине: руководство. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. 2013. - 368 с. :ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
15. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Compendium. Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. / Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. 2010. - 448 с. (Рациональная фармакотерапия: Compendium)
16. Остеопороз: руководство. Котельников Г.П., Булгакова С.В. 2010. - 512 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
17. Остеоартроз: руководство. Котельников Г.П., Ларцев Ю.В. 2009. - 208 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
18. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
19. ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ (ОЛИГОАРТРИТ, ПОЛИАРТРИТ, АРТРАЛГИИ) / Н.В. Бунчук -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
20. ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ / Е.Л. Насонов, Л.Н. Денисов, Н.М. Кошелева, Т.В. Попкова, Н.Г. Гусева, Т.А. Лисицына, Е.Ю. Панасюк, В.Н. Амирджанова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
21. ЮВЕНИЛЬНЫЙ АРТРИТ / И.П. Никишина -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
22. Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов: руководство. Носков С.М, Маргазин В.А., Шкрёбко А.Н. и др. 2010. - 640 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

**ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ  
КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

№ пп	Название (кол-во стр. или печ. лист.)	Автор(ы)	Год издания	Издательство	Гриф	Примечание
1.	Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. - 46 стр.	Аббакумова Л.Н.	2006	Изд-во СПбГПМА		
2.	Методика обследования детей с патологией опорно-двигательного аппарата и основные клинические симптомы поражения суставов стр.-33	Слизовский Н.В., Масалова В.В.	2003	Издательство: Санкт-Петербург		
3.	Артриты у детей 76 с	Слизовский Н.В., Масалова В.В., Зинченко М.А.	2004	СПб: издательство ГПМА		Учебное пособие [под редакцией И.М. Воронцова].

**Программное обеспечение:**

1. Операционные системы: Windows 7, Windows 8, Windows Server 2012
2. Офисные пакеты MS Office 2003, MS Office 2007, MS Office 2010
3. Текстовый редактор Word
4. Антивирусное ПО: антивирус Dr. Web

**Базы данных, информационно справочные системы:**

1. Российское образование <http://www.edu.ru> (сайт представляет собой систему интернет-порталов сферы образования, включая федеральные образовательные порталы по уровням образования и предметным областям, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
2. Медицина <http://www.medicina.ru> (сайт представляет собой систему интернет-порталов сферы медицины, включая федеральные порталы по разделам медицины, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
3. Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru>

**МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

1. СПб ГПМУ, ул. Литовская 2, главный клинический корпус, 4 этаж, кафедра педиатрии им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
2. СПб ГПМУ, ул. Литовская 2, главный клинический корпус, 4 этаж, педиатрическое отделение №3
3. СПб, В.О. 2-ЛИНИЯ, 47 ДГБ № 2, кардиоревматологическое отделение
4. СПб, Пушкин, Парковая 64/68 ФГБУ НИДЮИ им.Г.И.Турнера, отделение ревматоидного артрита и последствий травм (№7).

## VIII. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения модулей, и проводится в форме тестового контроля.

Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Ревматология» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-ревматолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

### Тесты для контроля врачебной подготовки

*Инструкция:* указать один правильный ответ.

1. Олигоартрит – это поражение:
  - А. 1-4 суставов
  - Б. 5-6 суставов
  - В. более 5 суставов
  - Г. всех синовиальных суставов организма.
  
2. По определению хронический артрит у детей – это артрит длительностью:
  - А. более 1 месяца
  - Б. более 3 недель
  - В. более 3 месяцев
  - Г. временной промежуток не учитывается.
  
3. Ювенильный ревматоидный артрит – это:
  - А. хроническое воспалительное заболевание суставов
  - Б. хроническое дегенеративное заболевание суставов
  - В. врожденная патология опорно-двигательной системы
  - Г. острое воспалительное заболевание с поражением суставов.
  
4. Ювенильный ревматоидный артрит – это:
  - А. аутосомно-рецессивное заболевание
  - Б. аутосомно-доминантное заболевание
  - В. моногенный синдром
  - Г. заболевание мультифакторной природы
  
5. Согласно классификации ILAR олигоартикулярный вариант ЮРА по характеру течения бывает:
  - А. персистирующий
  - Б. интермиттирующий
  - В. некротизирующий
  - Г. рецидивирующий
  
6. При олигоартикулярном варианте ЮРА наиболее часто поражаются:
  - А. коленный и голеностопный суставы
  - Б. коленный и тазобедренный суставы
  - В. локтевой и лучезапястный суставы
  - Г. синовиальные суставы шейного отдела позвоночника
  
7. Вовлечение височно-челюстных суставов при ЮРА более характерно для:
  - А. олигоартрита

- Б. полиартрита
- В. синдрома Рейтера
- Г. болезни Бехтерева

8. Ювенильная спондилоартропатия более характерна:

- А. для девочек любого возраста, носительниц гена HLAB27
- Б. для мальчиков младшего возраста, носителей гена HLAB27
- В. для мальчиков старшего возраста, носителей гена HLAB27
- Г. для обоих полов, вне зависимости от возраста и носительства гена HLAB27

9. Дети с олигоартикулярным вариантом ЮРА имеют высокий риск поражения глаз в случае:

- А. повышенного титра антистрептолизина О (АСЛ-О)
- Б. повышенного титра ревматоидного фактора (РФ)
- В. повышенного титра антинуклеарного фактора (АНФ)
- Г. повышенного титра антиперинуклеарного фактора (АПФ)

10. Системный артрит характеризуется:

- А. гектической лихорадкой более 2-х недель, кожным синдромом, лимфаденопатией, полисерозитом, гепатоспленомегалией и суставным поражением.
- Б. кратковременной фебрильной лихорадкой, кожными высыпаниями, конъюнктивитом, артритом и уретритом.
- В. гектической лихорадкой более 2-х недель, кардитом, кольцевидной эритемой, артралгиями и хорей
- Г. фебрильной лихорадкой не более 2-х недель, кожным синдромом, гепатоспленомегалией.

11. Самым грозным, жизнеугрожающим осложнением течения системного артрита является:

- А. развитие анафилактоидной реакции,
- Б. развитие сывороточной болезни,
- В. развитие синдрома активации макрофагов,
- Г. вторичный антифосфолипидный синдром.

12. Синдром Рейтера характеризуется триадой симптомов:

- А. периодонтит, кардит, артрит
- Б. синовит, баланит, мезентерит
- В. уретрит, кератоконъюнктивит, артрит
- Г. коксит, энтерит, дерматит

13. Носительство гена HLAB27, вовлечение осевых суставов и сакроилеальных сочленений в воспалительный процесс при синдроме Рейтера увеличивает риск:

- А. поражения глаз
- Б. поражения уретрального тракта
- В. хронизации артрита
- Г. все выше перечисленное

14. Реактивный артрит у детей, как правило, ассоциирован

- А. с урогенитальной и кишечной инфекцией
- Б. с различными вирусными инфекциями
- В. с ВИЧ-инфекцией
- Г. с паразитарными инвазиями

15. Стандартом первичного инструментального обследования детей с артритом являются:  
А. рентгенография и ультразвуковое сканирование суставов,  
Б. артроскопия,  
В. магнитно-резонансная томография,  
Г. реовазография.
16. Целью проведения рентгенографии и ультразвукового сканирования суставов у детей в случае болевого синдрома является:  
А. оценка анатомической картины и исключение травматических повреждений,  
Б. поиск признаков характерных для воспалительного процесса,  
В. исключение костно-хрящевых деструктивных изменений  
Г. все перечисленные варианты ответов верны
17. SEA-синдром это:  
А. преспондилическая стадия ювенильной спондилоартропатии,  
Б. моногенный синдром,  
В. преартритическая стадия ювенильного ревматоидного артрита,  
Г. аутовоспалительный синдром с признаками остеолита.
18. Постстрептококковый артрит у детей первоначально следует дифференцировать с:  
А. ревматоидным артритом,  
Б. ревматическим артритом (ревматизм),  
В. фибромиалгией,  
Г. нагрузочной артропатией.
19. Повышение титра АСЛ-О у ребенка в анализе крови с острым суставным синдромом указывает на:  
А. возможную постстафилококковую этиологию артрита  
Б. возможную постстрептококковую этиологию артрита  
В. данный показатель никак не связан с суставной патологией  
Г. данный показатель не входит в спектр диагностических проб у детей с суставной патологией.
20. Показанием для проведения бициллинопрофилактики после перенесенного эпизода острого артрита является:  
А. доказанный факт перенесенной стрептококковой инфекции, предшествующей эпизоду острого артрита,  
Б. доказанный факт перенесенной стафилококковой инфекции, предшествующей эпизоду острого артрита,  
В. высева  $\beta$ -гемолитического стрептококка не группы А,  
Г. аденоидит.
21. Бициллинопрофилактика после перенесенного эпизода постстрептококкового артрита назначается на срок:  
А. 1-2 месяцев  
Б. до 6 месяцев  
В. до совершеннолетия  
Г. не целесообразна вообще
22. Генерализованная гипермобильность суставов у детей характерна для:  
А. синдрома Иценко-Кушинга  
Б. синдрома Элерса-Данлоса

- В. синдрома Великана
- Г. синдрома Грисцелли

23. Препаратами первой линии для лечения ювенильного артрита является:

- А. глюкокортикостероиды
- Б. антигистаминные средства
- В. нестероидные противовоспалительные средства
- Г. цитостатики

24. Контроль каких показателей регулярно необходимо проводить ребенку, получающему метотрексат по поводу ЮРА:

- А. красной и белой крови, уровня трансаминаз,
- Б. только уровня трансаминаз
- В. только клинического анализа крови
- Г. только почечных проб

25. Суставной синдром в структуре псориатической артропатии может характеризоваться:

- А. асимметричным олигоартритом с поражением суставов нижних конечностей
- Б. распространенным полиартритом с явлениями дактилита
- В. энтезопатией
- Г. все перечисленные варианты верны

26. Артрит дистальных межфаланговых суставов, дактилит, мутилирующий артрит с развитием остеолитического синдрома, а также онихолизис характерен для:

- А. системного склероза
- Б. псориатического артрита
- В. SEA – синдрома
- Г. САСР – синдрома

27. Моноартрит торпидный к противовоспалительной терапии с деструкцией костной ткани нуждается в исключении:

- А. туберкулеза
- Б. листериоза
- В. боррелиоза
- Г. легионеллеза

28. Вирусный артрит, как правило, характеризуется суставным синдромом:

- А. в постинфекционном периоде
- Б. в инкубационном периоде
- В. в продромальном и периоде разгара болезни
- Г. в отдаленном периоде

29. При течение недифференцированного коксита у ребенка старше 5 лет необходимым исключить:

- А. асептический некроз медиального мыщелка бедра
- Б. асептический некроз головки бедренной кости
- В. остеохондропатию бугристости большеберцовой кости
- Г. ни одно из вышеперечисленных заболеваний

30. Суставное поражение при вирусном артрите у детей характеризуется:

- А. часто бессимптомным течением
- Б. хроническим артритом с вторичной деформацией суставов

В. системным артритом

Г. ни с одним из вышеперечисленных заболеваний

Эталоны ответов к тестам:

1-А, 2-В, 3-А, 4-Г, 5-А, 6-А, 7-Б, 8-В, 9-В, 10-А, 11-В, 12-В, 13-В, 14-А, 15-А, 16-Г, 17-А, 18-Б, 19-Б, 20-А, 21-Б, 22-Б, 23-В, 24-А, 25-Г, 26-Б, 27-А, 28-В, 29-Б, 30-Г.

Примерная тематика контрольных вопросов:

1. Ювенильный артрит, олигоартрит, варианты течения.
2. Ювенильный артрит, полиартрит, вариант течения
3. Современные генно-инженерные биологические препараты, механизмы действия
4. Спектр дифференциальной диагностики олиго-моноартрита
5. Спектр дифференциальной диагностики полиартрита
6. Клинико-инструментальные критерии псориатического артрита
7. SEA-синдром, клинико-инструментальная диагностика
8. Тактика диагностики и терапии острого артрита
9. Методы инструментальной диагностики суставной патологии у детей
10. Методы лабораторной диагностики суставной патологии у детей
11. Хронические энтезопатии детского возраста
12. Неревматические артропатии, диагностика и лечение
13. Тактика терапии олигоартрит, АНФ+
14. Тактика терапии полиартрита, РФ+
15. Тактика терапии, полиартрит, РФ-

Задания, выявляющие практическую подготовку

**ЗАДАЧА № 1.** Кристина, 2 года, поступила впервые в отделение с жалобами на боли, ограничения движений в правом коленном и голеностопном суставах, хромоту, утреннюю скованность.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась доношенной, от III беременности с массой 3330, длиной тела 51 см. Неонатальный анамнез без особенностей, эпизод ИМВП в 2 мес. Росла и развивалась по возрасту, вакцинации в срок. ОРЗ нечасто, наблюдалась у невролога по поводу ППЦНС.

Известно, что впервые ограничение движений правого коленного сустава, хромота и утренняя скованность были выявлены несколько месяцев назад, по поводу чего ребенок был обследован в поликлинике (СОЭ 10мм/ч, СРБ отр, УЗИ – синовит), получала НПВС, ФТЛ. В динамике присоединилась деформация правого голеностопного сустава, вальгусная деформация стопы, выросла контрактура правого коленного сустава.

При поступлении: состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие неплохое, активна, не лихорадит. Правильного телосложения, удовлетворительного питания.  $m - 12,3\text{кг}$ ,  $l - 87,5\text{ см}$ . Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфатические узлы мелкие. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110/мин. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень край, селезенка (-). Физ.отправления в норме.

Ортопедический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ходит самостоятельно, хромота на правую конечность. Признаки генерализованной гипермобильности суставов. Ось позвоночника значимо не искривлена, асимметрия стояния высоты надплечий нет. Длина верхних конечностей  $D=S$ , плечевые, локтевые и лучезапястные суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненные. Отмечается отечность и увеличение диаметра мягких тканей области проксимальной фаланги III п. левой кисти с отеком области проксимального МФС. Длина нижних конечностей  $D>S$  на 1,5см. Тазобедренные суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненные.

Правый коленный сустав умеренно дефицирован, отмечается скудный периартикулярный отек, незначительный выпот в полости сустава, положение сгибательной контрактуры  $175^\circ$ , движения болезненные, амплитуда: сгибание  $45^\circ$ , разгибание до  $175^\circ$ . Левый коленный сустав без признаков воспаления, амплитуда движений полная. Отек, сглаженность контуров правого голеностопного сустава, отек области ахилла, движения болезненные, ограничены незначительно, вальгусная деформация стопы. Левый голеностопный сустав и мелкие суставы стоп не изменены.

ОАК СОЭ 20 мм/ч, Hb 122 г/л, Eг  $4,58 \cdot 10^{12}$ /л, Тг  $441 \cdot 10^9$ /л, Leuc  $6,4 \cdot 10^9$ /л, нейтр 26,7%, э 2,3%, л/ф 63,3%, мон 6,7%.

Б/Х АНАЛИЗ. АСЛ-О 0 IU/L, СРБ 5 мг/л (норма до 5), сиаловые кислоты 2,8мМоль/л (норма 1,8 – 2,7), АЛТ – 12IU/L, АСТ- 32IU/L, билирубин 5,1мкМоль/л, глюкоза 5,1мМоль/л, мочевины 3,5мМоль/л, щел.фосфатаза 230IU/L (норма до 320), КФК 43 IU/L, общий белок 68г/л, альбумины – 34%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6,2%,  $\alpha_2$  – 12,8%,  $\beta$  – 14%,  $\gamma$  – 20%,

РНГА с кишечной группой отрицательная.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 104 в мин, положение ЭОС нормальная, ЭПС вертикальная. Реполаризация не нарушена.

Рентгенограмма коленных суставов в 2-х проекциях ось и соотношения в суставах не нарушены, костно-травматических, деструктивных изменений нет. Объем оссифицированных отделов смежных эпифизов, образующих правый коленный сустав, увеличен, контуры разрыхлены в задних и боковых отделах. Периартикулярные мягкие ткани увеличены в объеме, оптически уплотнены. Ромбовидное пространство несколько затенено справа. Слева без особенностей.

Рентгенограмма голеностопных суставов в 2-х проекциях ось и соотношения в суставах не нарушены, костно-травматических, деструктивных изменений нет. Уплотнение периартикулярных мягких тканей правого голеностопного сустава, в остальном без особенностей.

#### **Задание:**

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.
7. Тактика терапии и наблюдения за ребенком.
8. Дополнительные рекомендации

**ЗАДАЧА № 2** Магомед, 2 года, поступил в плановом порядке для обследования и лечения с жалобами на боли и ограничение движений в правом тазобедренном суставе.

Из анамнеза известно, что мальчик от V беременности на фоне хронической ВУИ, анемии, III срочных родов, родился доношенным с массой 3100, длиной тела 51см, на 2-е сутки в роддоме вакцинирован БЦЖ, выписан на 6-е сутки. На грудном вскармливании с рождения до 2мес. Рос и развивался на первом году жизни по возрасту, вакцинации по индивидуальному графику (м/о от АКДС). Наблюдался у невролога с ППЦНС, у ортопеда с дисплазией тазобедренных суставов. Двукратный эпизод ОРЗ на первом году жизни. Проба Манту в 1 год р3мм, в 2 года р9мм.

Известно, что около 5 месяцев назад после перенесенного эпизода гастроэнтерита у ребенка появились жалобы на боли и ограничение движений правой нижней конечности. Обратились в травму, трактовался как ушиб? В связи с сохраняющейся хромотой, при обследовании в поликлинике по месту жительства, был заподозрен реактивный артрит правого коленного и тазобедренного сустава (по описанию в амбулаторной карте - на рентгенографии тазобедренных суставов и по данных УЗИ без патологии, в анализах крови РФ (-), СРБ 6мг/л, АСЛ-О отр, СОЭ 48мм/ч), получал НПВС, местное лечение без эффекта. Ребенку по

рекомендации ортопеда по месту жительства была проведена компьютерная томография тазобедренных суставов, по заключению которой были выявлены признаки артрита правого тазобедренного сустава с деструктивными изменениями головки бедренной кости. Педиатром по месту жительства исключалось течение иерсиниозной, хламидийной инфекции и бруцеллеза. Наблюдался амбулаторно у ортопеда с диагнозом асептический некроз головки бедренной кости, получал консервативное лечение, без эффекта. Со слов родителей, в течение 2-3 мес. вечерний субфебрилитет.

При поступлении: состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие неплохое, активен, не лихорадит. Правильного телосложения, удовлетворительного питания.  $m - 12,0\text{кг}$ ,  $l - 87,5\text{ см}$ . Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Пальпируются паховые лимфатические узлы до 2-3см в диаметре, больше справа, безболезненные, эластичные, подвижные. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110/мин. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень край, селезенка (-). Физ.отправления в норме.

Ортопедический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ходит самостоятельно, хромота на правую конечность. Ось позвоночника значимо не искривлена, асимметрии стояния высоты надплечий нет. Длина верхних конечностей  $D=S$ , суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненные. Длина нижних конечностей  $D=S$ , тазобедренные суставы внешне не изменены, движения в правом тазобедренном суставе несколько болезненные, ограничены: сгибание до  $110^\circ$ , отведение  $45^\circ$ , наружная и внутренняя ротации  $15-20^\circ$ , слева болезненности нет, амплитуда движений в полном объеме. Коленные и голеностопные суставы внешне не изменены, амплитуда движений в суставах не ограничена, болезненности нет.

ОАК СОЭ 28 мм/ч, Нб 102 г/л, Ег  $4,04 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Тг  $418 \cdot 10^9/\text{л}$ , Leuc  $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтр 42,7%, э 2,3%, л/ф 34,3%, мон 6,7%.

Б/Х АНАЛИЗ. АСЛ-О 0 IU/L, СРБ 18 мг/л (норма до 5), сиаловые кислоты 3,2мМоль/л (норма 1,8 – 2,7), АЛТ – 14IU/L, АСТ- 30IU/L, билирубин 6,1мкМоль/л, глюкоза 4,8мМоль/л, мочевины 4,5мМоль/л, щел.фосфатаза 230IU/L (норма до 128), КФК 39 IU/L, общий белок 62г/л, альбумины – 34%, глобулины:  $\alpha_1 - 6,2\%$ ,  $\alpha_2 - 13,2\%$ ,  $\beta - 14\%$ ,  $\gamma - 14,4\%$ ,

РНГА с кишечной группой отрицательная.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 110 в мин, положение ЭОС нормальная, ЭПС вертикальная. Реполаризация не нарушена.

Иммунологическое исследование антинуклеарный фактор (АНФ) менее 1:160 (N <1:160), HLAB27 – не обнаружен.

Рентгенография и компьютерная тазобедренных суставов головка левого бедра сферической формы, центрирована во впадине, бедренный компонент не смещен. Справа головка бедра деформирована с выраженными деструктивными изменениями – полость деструкции в медиальном отделе головки размерами  $7,3 \cdot 8,9\text{мм}$ , с секвестральным содержимым, с неровными контурами, затрагивающая зону роста. Кроме того, в проксимальном отделе бедра определяется полость деструкции размерами  $13,2 \cdot 17\text{мм}$  с неравномерными контурами. Проксимальный отдел бедра смещен в латеральные отделы впадины. Капсула правого тазобедренного сустава растянута, неоднородный выпот.

УЗИ коленных и тазобедренных суставов синовит правого тазобедренного сустава, картина деструктивных (дистрофических?) головки бедренной кости справа. Коленные суставы без патологии.

**Задание:**

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.

**ЗАДАЧА № 3** Никита, 10 лет, поступил с жалобами на хромоту, боли и ограничения движений в суставах верхних и нижних конечностей, нарушение походки, утреннюю скованность.

Из анамнеза известно, что мальчик от II беременности, родился в срок с массой 4240, длиной тела 57 см. Ранний анамнез без особенностей, рос и развивался по возрасту. Наблюдался у невролога с ППЦНС. Ребенок из группы ЧБД, ежеквартальные эпизоды ОРЗ. В 4 года периодонтит верхней челюсти, двусторонний гайморит, в 6 лет – левосторонняя сегментарная пневмония. ДИ – скарлатина в 7 лет.

Известно, что ребенок заболел остро около 2-х месяцев назад, когда впервые после перенесенного эпизода кишечной дисфункции (диз. группа – отр), которая продолжалась 2-3 дня, на 10-14 день появились боли в суставах нижних конечностей, хромота, явления конъюнктивита правого глаза. Был осмотрен хирургом по месту жительства – заподозрен артрит тазобедренных суставов?, офтальмолог – кератоконъюнктивит правого глаза, назначено обследование и лечение. Со слов матери в динамике у ребенка присоединились боли и ограничения движений правого плечевого, голеностопного суставов, эпизоды ежедневной фебрильной лихорадки. В связи с неясностью картины ребенок был госпитализирован в краевую ЦРБ, где находился 8 дней (кератоувеит правого глаза, СОЭ 45мм/ч, СРБ 25мг/л, нейтрофиллез, тромбоцитоз, ЭХОКГ и ЭКГ без патологии), получал в/в антибактериальную терапию, НПВС без эффекта. В связи с сохраняющейся картиной артрита и артралгий, ранее зафиксированных эпизодов фебрильной лихорадки, ускоренного СОЭ, ребенку был выставлен диагноз системный вариант ЮРА, дебют? И ребенок по санавиации был доставлен в стационар для лечения и обследования.

При поступлении: состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие неплохое, аппетит сохранен, активен, не лихорадит. Правильного телосложения, удовлетворительного питания.  $m$  – 44,0кг,  $l$  – 156 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Катаральных явлений нет. Периферические лимфатические узлы мелкие. Отеков, одышки нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 88/мин. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 18/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень край, селезенка (-). Физ.отправления в норме.

Ортопедический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ходит самостоятельно, хромотает на правую конечность. Признаки системной дисплазии соединительной ткани, гипермобильность суставов. Ось позвоночника значимо не искривлена, асимметрия высоты надплечий, высоты лопаток  $S > D$  на 1 см. Движения в ШОП, ВНЧС в полном объеме. Длина верхних конечностей  $D = S$ , локтевые и лучезапястные суставы внешне не изменены, пассивные движения в полном объеме, безболезненные, отмечается болезненность и ограничение активных движений в плечевых суставах:  $D > S$ , сила мышц не изменена. Дефигурация МФС III п. правой кисти, отек области проксимальной фаланги III пальца справа. Ногтевые ложа не изменены. Длина нижних конечностей  $S = D$ , тазобедренные суставы внешне не изменены, болезненность при сгибании, отведении и внутренней ротации  $D > S$ , без явного ограничения движений. Коленные суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненные. Дефигурация правого голеностопного сустава, определяется умеренный отек, кожная гипертермия, явления ахиллита, движения болезненные, несколько ограничены. Слева признаков артрита голеностопного сустава не выявлено, явления энтезопатии ахилла. Мелкие суставы стоп не изменены. Плоско-вальгусные стопы. Болезненность и ограничение движений в ПКО, болезненность при пальпации сакроилеальных сочленений.

ОАК СОЭ 46 мм/ч, Hb 109 г/л, Eг  $3,97 \cdot 10^{12}$ , Tr  $476 \cdot 10^9$ , Leuc  $12,3 \cdot 10^9$ , нейтр 52,5%, э 1,0%, л/ф 36,9%, мон 8,6%.

Б/Х АНАЛИЗ АСЛ-О 134IU/L, СРБ 20мг/л (норма до 5), сиаловые кислоты 3,8мМоль/л, АЛТ – 17IU/L, АСТ- 16IU/L, билирубин 6,9мкМоль/л, железо 6,7 мкМоль/л, глюкоза 5,10мМоль/л, щел.фосфатаза 138IU/L (норма до 362), КФК 19 IU/L, общий белок 73г/л, мочевины 4,0мМоль/л. Фибриноген 5,6 г/л, общий белок 78г/л, альбумины – 32%, глобулины:  $\alpha 1$  – 6,2%,

$\alpha 2$  – 14,2%,  $\beta$  – 14%,  $\gamma$  – 24,1%. Ig A 0 г/л, Ig G 18,6 г/л (норма 7,0-16), Ig M 1,24 г/л (норма 0,7-2,2).

Иммунология: АНФ в титре 1/160 мелкогранулярный тип свечения (норма менее 1/160), НLАВ27 обнаружен. Anti-MCV, anti-CCP отриц.

РНГА с кишечной группой отрицат.

Серия общего анализ мочи сахара нет, белок 0,033-0,066, Ер – нет, Leuc 15-20 в п/зр. 1013-1020

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 83 в мин, положение ЭОС нормальная, ЭПС вертикальная.

Умеренные нарушения процессов реполяризация ЛЖ.

УЗИ суставов картина экссудативного синовита правого плечевого сустава, синовит тазобедренных, правого голеностопного суставов.

УЗИ брюшной полости – без патологии.

Рентгенография тазобедренных суставов головки правого и левого бедра сферичной формы, центрирована во впадине, бедренный компонент не смещен. СКП 1,0. Деструктивных изменений нет. Реактивные изменения ростковых зон. Вертлужные впадины без патологии.

Рентгенограмма голеностопных суставов и стоп – ось и соотношения в суставах не нарушены, костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено, отмечаются дистрофические изменения зон роста большеберцовых костей D>S.

МРТ правого плечевого сустава признаков остеомиелита головки плечевой кости не выявлено. Синовит с признаками растяжением капсулы сустава. Теносиновит окружающих мышц. Связочный аппарат, структура капсулы сустава не изменены. Хрящевой матрикс без патологии.

Офтальмолог: остаточные явления острого кератоувеита правого глаза. Миопия слабой степени.

#### **Задание:**

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.
7. Тактика терапии и наблюдения за ребенком.
8. Дополнительные рекомендации

#### **Практические навыки:**

- клиническая оценка суставного синдрома
- назначения и трактовка результатов рентгенологического исследования суставов
- назначения и трактовка результатов УЗ-исследования суставов
- назначения и трактовка результатов дополнительных инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, остеосцинтиграфия, диагностическая артроскопия)
- назначения и техника выполнения диагностической и лечебной пункции коленного или голеностопного сустава
- назначения и трактовка данных лабораторной картины
- назначения и оценка эффективности НПВС (+ расчет дозировки)
- назначения, оценка эффективности базисной противоревматической терапии (+ расчет дозировки)

### **НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 г. № 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
5. Приказ Росздрава № 28 от 18.01.2006 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового»
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 1999г №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 марта 2014 г. N 125н г. Москва "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности"
11. Приказ МЗ РФ № 139 от 04.04.03г. «Об утверждении инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений»