

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

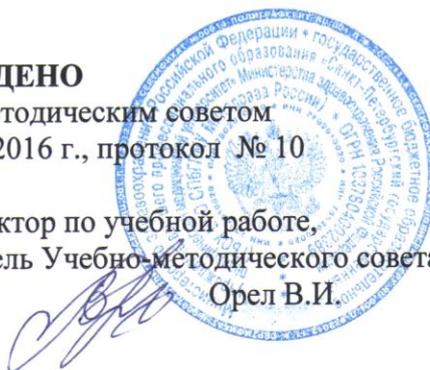
(ГБОУ ВПО СПбГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

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
«СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ»**

Санкт-Петербург
2016 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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

Системная красная волчанка (СКВ) – наиболее часто встречающаяся патология из группы системных заболеваний соединительной ткани и поражает преимущественно девушек и молодых женщин. Заболеваемость составляет в среднем 0,4–0,9 случая на 100 тыс. детского населения в год. По данным Национального института артрита, болезней опорно-двигательного аппарата и кожи США (NIAMS), распространенность ювенильного дерматомиозита (ЮДМ) составляет 4 на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет. Склеродермия более редкое заболевание и встречается с частотой 0,05 на 100 000 детей.

Актуальность дополнительной профессиональной программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний у детей» 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 современным методам диагностики 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/fem1>):

- 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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:

- методики обследования суставов;
- лабораторные методы обследования;
- инструментальные методы диагностики;
- ультразвуковые методы исследования;
- классификация лекарственных средств, применяемых в современной ревматологии;
- генно-инженерные биологические препараты
- немедикаментозные методы лечения
- терапия неотложных состояний

По окончании обучения врач-ревматолог должен уметь:

- интерпретировать результаты исследований
- определять необходимый объем исследований
- проводить медикаментозное и не медикаментозное лечение больных с ревматологической патологией;
- определять объем терапии и своевременное назначение генно-инженерных препаратов;
- определять показания к проведению инструментальных исследований
- 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 ИТОВОМУ ЗАЧЕТУ

- А. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часов «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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 «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний у детей» по специальности «Ревматология»
- В. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часа «Современные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний 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

ДЕТСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ. КЛАССИФИКАЦИИ. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ.

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов
1.2	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний
1.3	Принципы лечения и группы, используемых препаратов

РАЗДЕЛ 2

ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Визуальный осмотр пациента. Методика обследования костей и суставов у детей
2.2	Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови. Маркеры аутоиммунных заболеваний. Контроль гематологических показателей при назначении цитостатической и генно-инженерной терапии.

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.3	Общий анализ мочи.

**РАЗДЕЛ 3
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.1	Рентгенологическое исследование
3.2	Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.
3.3	Ультразвуковые методы исследования

**РАЗДЕЛ 4
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ.**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
4.1	Диагностическая и лечебная пункция сустава
4.2	Осмотр офтальмолога на щелевой лампе (Биомикроскопия глазного дна)
4.3	Лечебная физкультура. Физиотерапия. Кинезотерапия.

**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
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
6.1	Нестероидные противовоспалительные препараты.
6.2	Глюкокортикостероиды
6.3	Цитостатические препараты. Место метотрексата в терапии.
6.4	Генно-инженерные биологические препараты

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	
1	Детская ревматология. Классификации. Общие понятия.	6	2		4			Текущий контроль (тесты)
1.1	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов		1					
1.2	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний				4			
1.3	Принципы лечения и группы, используемых препаратов		1					
2	Визуальный осмотр. Лабораторная диагностика	6	2		4			Текущий контроль (тесты)
2.1	Визуальный осмотр пациента. Методика обследования костей и суставов у детей				4			
2.2	Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови. Маркеры аутоиммунных заболеваний. Контроль гематологических показателей при назначении цитостатической и генно-инженерной терапии.		1					
2.3	Общий анализ мочи.		1					
3	Инструментальные методы диагностики	6	2		4			Текущий контроль (тесты)
3.1	Рентгенологическое исследование				4			
3.2	Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.		1					
3.3	Ультразвуковые методы исследования		1					
4	Диагностические манипуляции. Немедикаментозные методы лечения.	6	2			4		Текущий контроль (тесты)
4.1	Диагностическая и лечебная пункция сустава		1					
4.2	Осмотр офтальмолога на щелевой лампе (Биомикроскопия глазного дна). Увеит		0,5					
4.3	Лечебная физкультура. Физиотерапия. Кинезотерапия.		0,5			4		
5	Симуляционный курс	6		6				Текущий контроль (оценка практических навыков)
5.1	Отработка навыков физикального осмотра детей			3				
5.2	Отработка навыков постановки периферических катетеров, внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций.			3				
6	Современные методы лечения	6	2			2	2	Текущий контроль (тесты)
6.1	Нестероидные противовоспалительные препараты.		0,5			1		
6.2	Глюкокортикостероиды		0,5			1		
6.3	Цитостатические препараты. Место метотрексата в терапии.		0,5					
6.4	Генно-инженерные биологические препараты		0,5					
Итоговая аттестация							2	зачет
Всего		36	10	6	12	6	2	

VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Тематика лекционных занятий:

№	Тема лекции	Содержание лекции	Формируемые компетенции
1.	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов	раздел 1.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Принципы лечения и группы, используемых препаратов	раздел 1.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови. Маркеры аутоиммунных заболеваний. Контроль гематологических показателей при назначении цитостатической и генно-инженерной терапии.	раздел 2.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
4.	Общий анализ мочи.	раздел 2.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
5.	Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.	раздел 3.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
6.	Ультразвуковые методы исследования	раздел 3.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
7.	Диагностическая и лечебная пункция сустава	раздел 4.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
8.	Осмотр офтальмолога на щелевой лампе (Биомикроскопия глазного дна). Увеит	раздел 4.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
9.	Лечебная физкультура. Физиотерапия. Кинезотерапия.	раздел 4.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
10.	Нестероидные противовоспалительные препараты.	раздел 6.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
11.	Глюкокортикостероиды	раздел 6.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
12.	Цитостатические препараты. Место метотрексата в терапии.	раздел 6.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
13.	Генно-инженерные биологические препараты	раздел 6.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

Тематика практических занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание практического занятия	Формируемые компетенции
1.	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний	раздел 1.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Визуальный осмотр пациента. Методика обследования костей и суставов у детей	раздел 2.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Рентгенологическое исследование	раздел 3.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

Тематика семинарских занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание семинара	Формируемые компетенции
1.	Лечебная физкультура. Физиотерапия. Кинезотерапия.	раздел 4.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Нестероидные противовоспалительные препараты.	раздел 6.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Глюкокортикостероиды	раздел 6.2	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. Бунчук Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. – М.: МГП "Эрус", 1992.
10. Внутренние болезни / Под ред. Т.Р. Харрисона. – М.: Медицина, 1995-1996. – Т.5,6,7.
11. Гехт Б.И., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни. – М.: Медицина, 1982.
12. Гусева Н.Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы. – М.: Медицина, 1993.
13. Детская ревматология. /под ред. Баранова А.А., Баженовой Л.К. Москва, 2002.
14. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. – Минск: Тивали, 1993.
15. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Л.М. Йегера. – Л.; М.: Медицина, 1990.
16. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой и Е.И. Алексеевой. Москва, 2011.
17. Кипервас И.П., Лукьянов М.В. Периферические туннельные синдромы. – М.: Изд. ММА им. И.М. Сеченова. – 1991.
18. Насонов Е.Л. Клиника и иммунопатология ревматических заболеваний. Справочное пособие. – М., 1994.
19. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. – М.: М-Сити, 1996.
20. Насонов Е.Л. и др. Проблема остеопороза в ревматологии. – М.: Стин, 1997.
21. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Глюкокортикостероиды в ревматологии. – М., 1998.
22. Насонова В.А. Системная красная волчанка. – М.: Медицина, 1972.
23. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. – М.: Медицина, 1989.
24. Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы./под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, А.Н. Семячкиной. Москва-Тверь-СПб, 2010.
25. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний скелета и суставов. – М.: Медицина, 1969.
26. Попелянский Я.Ю. Заболевания периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1991.
27. Ревелл П.А. Патология костной ткани / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1993.
28. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. – М.: Крона-пресс, 1996.

29. Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997.
30. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. – М.: Медицина, 1994.
31. Семенкова Е.Н. Системные васкулиты. – М.: Медицина, 1988.
32. Сорока Н.Ф. «Клиническое исследование суставов при ревматических болезнях» Руководство для врачей. Минск. 2006.
33. Справочник по ревматологии. 2-е изд. / Под ред. В.А. Насоновой. – М.: Медицина, 1993.
34. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989. – Т.1,2.
35. Стерлинг Дж.Вест. Секреты ревматологии / Пер. с англ. – М.: Бинош, 1999.
36. 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.
37. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Е.Л.Насонова. М.: Литтерра 2003.
38. Edmonds J.P., Scott D.L., Furst D.E., et al. Antirheumatic drugs: A proposed new classification. Arthritis Rheum 1993: 36; 336-9.
39. 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.

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	Слизовский Н.В., Масалова В.В.	2003	Издательство: Санкт-Петербург		

	опорно-двигательного аппарата и основные клинические симптомы поражения суставов стр.-33					
3.	Артриты у детей 76 с	Слизовский Н.В., Масалова В.В., Зинченко М.А.	2004	СПб: издательство ГПИМА		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 НИДООИ им.Г.И.Турнера, отделение ревматоидного артрита (№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

Инструкция: указать один правильный ответ.

1. По определению хронический артрит у детей – это артрит длительностью:
 - А. более 1 месяца,
 - Б. более 6 недель,
 - В. более 3 месяцев,
 - Г. временной промежутки не учитывается.

2. Первичное инструментальное обследование ребенка с суставной патологией включает:
 - А. рентгенографию суставов и УЗ-сканирование
 - Б. МРТ
 - В. диагностическую артроскопию
 - Г. только УЗ-сканирование суставов

3. Ювенильный идиопатический 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 идиопатический артрит – это:
 - А. аутосомно-рецессивное заболевание
 - Б. аутосомно-доминантное заболевание
 - В. моногенный синдром
 - Г. заболевание мультифакторной природы

5. К генно-инженерным биологическим препаратам из группы анти-ФНО относятся:
 - А. Адалимумаб, Каникинумаб, Инфликсимаб
 - Б. Инфликсимаб, Этанерцепт, Адалимумаб
 - В. Абатацепт
 - Г. Тоцилизумаб

6. По определению асимметричный олигоартрит нижних конечностей в структуре ЮИА это:
 - А. воспаление двух коленных суставов
 - Б. воспаление коленного и голеностопного суставов на одной конечности
 - В. воспаление коленного и голеностопного суставов не на одной конечности
 - Г. воспаление тазобедренных суставов

7. 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

8. Целью проведения рентгенографического исследования в случае суставной патологии является:
 - А. оценка анатомических структур костной ткани
 - Б. исключение синовита
 - В. исключение наличия патологии связочного аппарата
 - Г. ничего из перечисленного

9. Рентгенденситометрия оценивает минеральную плотность:

- А. костной ткани
- Б. мягкотканых структур
- В. хрящевой ткани
- Г. ничего из перечисленного

10. К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится:

- А. плаквенил,
- Б. мелоксикам,
- В. диклофенак,
- Г. аспирин.

11. Синдром Рейтера характеризуется триадой симптомов:

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

12. Укажите правильные варианты цитоплазматических типов свечения антинуклеарного фактора (АНФ):

- А. мелкогранулярный и гомогенный
- Б. тотальный и островчатый
- В. только глыбчатый
- Г. ни один из перечисленных

13. Реактивный артрит у детей, как правило, ассоциирован

- А. с урогенитальной и кишечной инфекцией
- Б. с различными вирусными инфекциями
- В. с стрептококковой инфекцией
- Г. Все перечисленное

14. Дополнительные неинвазивные методы инструментального обследования детей с суставной патологией включают:

- А. магнитно-резонансную томографию,
- Б. диагностическую артроскопию,
- В. диагностическую пункционную биопсию,
- Г. Компьютерная томография

15. 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

16. Цитологический анализ синовиальной жидкости включает:

- А. оценку клеточного состава и подсчет фагоцитов,
- Б. определение уровня РФ,
- В. определение уровня СРБ,
- Г. все перечисленное

17. Показанием для проведения диагностической артроскопии является:
- А. ювенильный артрит, олигоартикулярный вариант
 - Б. моноартрит не установленной этиологии
 - В. септический артрит
 - Г. ничего из перечисленного
18. Что считается повышенным титром антинуклеарного фактора на клеточной линии HEp-2:
- А. титр $\geq 1/160$
 - Б. титр $< 1/160$
 - В. равный 0
 - Г. Отрицательные значения
19. Препаратами первой линии для лечения ювенильного артрита является:
- А. глюкокортикостероиды
 - Б. антигистаминные средства
 - В. нестероидные противовоспалительные средства
 - Г. Генноинженерные препараты
20. Согласно классификации ILAR олигоартикулярный вариант ЮРА по характеру течения бывает:
- А. персистирующий
 - Б. интермиттирующий
 - В. некротизирующий
 - Г. рецидивирующий
21. 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.
22. Контроль каких показателей регулярно необходимо проводить ребенку, получающему метотрексат по поводу ЮИА:
- А. красной и белой крови, уровня трансаминаз,
 - Б. только уровня трансаминаз
 - В. только клинического анализа крови
 - Г. только почечных проб
23. Пункция сустава производится в нижеуказанных целях
- А. с диагностической целью
 - Б. с лечебной целью
 - В. все перечисленное
24. Противопоказаниями к введению глюкокортикостероидов в сустав являются
- А. наличие выраженного воспалительного процесса
 - Б. инфекционный процесс в суставе
 - В. незначительные признаки воспаления в суставе
25. К белкам острой фазы воспаления относятся все перечисленные, за исключением

- А. С-реактивного белка
- Б. фибриногена
- В. альфа-2-глобулина
- Г. иммуноглобулинов

26. Диагноз ревматоидного артрита предполагает обнаружение в сыворотке больного ревматоидного фактора

- А. обязательно
- Б. не обязательно

27. Выберите действие обязательное перед назначением генно-инженерной терапии

- А. опыт терапии Метотрексатом
- Б. осмотр фтизиатра
- В. Биохимическое и иммунологическое обследование
- Г. Все перечисленное

28. Рекомендованная доза метотрексата при расчете на м² в неделю является:

- А. 20 мг/м²/неделя
- Б. 15 мг/м²/неделя
- В. 50 мг/м²/неделя
- Г. 10 мг/м²/неделя

29. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- А. нефротоксические
- Б. гематологические
- В. кожные
- Г. желудочно-кишечные

30. При какой форме ЮИА не применяется Сульфасалазин:

- А. олигоартрит
- Б. артрит, в сочетании с увеитом
- В. системный вариант артрита
- Г. полиартрит

Эталоны ответов к тестам:

1-б, 2-а, 3-а, 4-г, 5-б, 6-Ав, 7-в, 8-а, 9-а, 10-а, 11-а, 12-а, 13-г, 14-а, 15-г, 16-а, 17-б, 18-а, 19-в, 20-а, 21-б, 22-а, 23-в, 24-б, 25-г, 26-а, 27-г, 28-б, 29-г, 30-в.

Примерная тематика контрольных вопросов:

1. Ювенильный артрит, олигоартрит, варианты течения.
2. Ювенильный артрит, полиартрит, вариант течения
3. Современные генно-инженерные биологически 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-

Ситуационные задачи

Задача 1. Анна Т. 6 лет

Поступила в экстренном порядке с жалобами на боли, утреннюю скованность в коленных суставах, преимущественно в левом, нарушение походки; боли, отек и утреннюю скованность во 2 проксимальном межфаланговом суставе левой кисти. Данные жалобы беспокоят с мая 2015г, без явного провоцирующего фактора, ОРИ. Недавно отдыхали на Кипре. Последний год – активная физическая нагрузка (художественная гимнастика, фигурное катание). Проходила стационарное обследование и лечение в ДГБ№1 с 04/06 по 16/06 диагноз расценен, как постинфекционный артрит, отмечена параклиническая активность заболевания - повышение СОЭ до 22мм/час, СРБ до 22. РФ – норма. Получала антибактериальную терапию (роцефин, эритромицин), НПВП с незначительной (+) динамикой, но сохранялась утренняя скованность и боли в к/с.

Ап. vitae: беременность-1, б/о. Роды-1, на 41 недели. 3400-49. росла и развивалась по возрасту, привита по графику.

ОРИ редко. Аллергоанамнез – спокоен. Туберкулез, гепатит отрицают. RM 2006-р.12; 2007-р.10, 2008г –р.15, ГКП р.8р.3р.2(-) - обследована в ПТД –ПВА, лечение не получала, 2010г – р.9.

Привита по возрасту, без реакции.

Наследственность отягощена по псориазу.

При поступлении состояние по заболеванию средней степени тяжести, стабильное.

Самочувствие страдает из-за болевого синдрома. Нормального телосложения, достаточного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые, зев – рыхлый, налетов нет. Периферическая микролимфаденопатия, преимущественно слева. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны четкие, ритмичные, ЧСС 106, АД 105/60, систолический шум с максимум в (.) Боткина, экстракардиально не проводится. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка – норма. Физиологические отправления в норме.

St. Localis : походка нарушена, хромота на левую ногу.

Левая нога в вынужденном положении функционального сгибания.

Выраженная деформация левого к/с, преимущественно за счет пролиферативных изменений.

Местная гиперемия над суставом. Движения значительно ограничены, болезненны. Пальпация сустава умеренно болезненна. Крепитация в области левого к/с.

Сглаженность контуров левого л/зап. сустава, с местной гипертермией над суставом.

Движения ограничены, умеренно болезненны.

Деформация 2,4 ПФС левой кисти, пальпация безболезненна. Движения ограничены, умеренно болезненны.

Подвижность в ШОП в норме. Другие суставы не изменены.

Проведено клинико-лабораторное обследование:

Клинический анализ крови:

Дата	Нб, г/л	Er	Цв.П.	Ht	Tr	Lei	п/я,%	с/я,%	Э,%	Б,%	Л,%	М,%	Пл.К.	СОЭ,мм/ч
	122	4,3	0,86	0,34	358	11,5	1	64	1	1	25	7		40

Биохимический анализ крови:

Исследуемый компонент	Результаты	Иммунология

Дата	01/07	11/07	28/07	02/08	Дата		
Общий белок	72,7	74,7	65,7	67,3	Компл.С3		
Альбумины	47,68(54,23%)	52,59		36	Компл.С4		
α1-глобулины	5,07%	4,15			ЦИК		
α2-глобулины	18,05%	15,8			РФ	отр	
β-глобулины	11,26%	10,26			Ig A(норма 70-400)	86	127
γ-глобулины	17,52%	17,17			Ig As		
α/γ	1,91	1,11			Ig G(норма 700-1600)	875	1128
Мочевина	2,6		6,0		Ig M(норма 40-230)	109	155
АНФ (норма до 1,0)	1,3						

РА с патогенным стафилококком: положит. в титре 1/1600

РНГА с АГ кишечной группы: отр.

Мазок из носа и зева на флору: без патологической флоры.

Антитела к гельминтам (описторхис, трихонелла, эхинококк, токсокар, аскариды, лямблии) – отрицательно.

Антитела к chl.trach. – отр.

Мазок из уретры на хламидии – отрицательно.

Анализ мочи:

Дата						(1порция из 2стаканной пробы)	(2порция из 2стаканной пробы)				
Лейкоциты	20-25	Покр.все п/зрения	18-20	28-30	20-40	8-10	16-22	8-10	4-6	2-3	0-1
Белок, г/л	0	следы	следы	0,085	0	следы	0,092	следы	0,085	0,086	0

Посев мочи стерилен (дважды)

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, нормокардия. Положение ЭОС вертикальное. НБПНПГ.

Процессы реполяризации не нарушены. Вегетативное обеспечение нормальное.

Рентгенограмма: На рентгенограмме грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочный рисунок усилен на фоне вздутия легких за счет перибронхиального компонента. Корни легких не изменены. Сердце и аорта в пределах возрастной нормы. Контур диафрагмы ровный. Реберные синусы свободны.

На рентгенограмме л/зап.суставов + кисть: без патологических изменений.

УЗИ суставов: л/с, гст.суставы, ТБС – без патологии

л/зап.сустав справа – норма, слева – небольшое количество выпота по тыльной поверхности.

Офтальмолог: без патологии

УЗИ - в левом коленном суставе определяется умеренное количество жидкости до 5мм, + взвесь (больше справа). Синовиальные оболочки, капсула сустава утолщены, гиперваскуляризованы. Мениски и гиалиновые хрящи не изменены. В левом КС киста Бейкера 6*7*2 мм, со взвесью.

УЗИ коленные суставы: небольшое количество выпота с двух сторон. Справа – со взвесью и фибрином. Синовиальные оболочки утолщены. С медиальных сторон в латеральных менисках дистрофические изменения по типу кист.

На фоне катарального синдрома – отмечено ухудшение и прогрессирование суставного синдрома – боли, отек правого к/с, отек 1ПФС левой кисти, выраженная утренняя скованность в суставах, субфебрилитет в утренние часы.

С момента поступления в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия без дизурических проявлений. Обследована на хламидийную инфекцию – отрицательно. Посевы мочи – стерильны. На фоне антибактериальной терапии – санация МВП.

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

Основной: Ювенильный хронический артрит, моноартритический вариант, акт. II, НФ I

Задача 2. Ф.И.О.: Анастасия К. Возраст: 6 лет.

Данные анамнеза

Девочка от 1 беременности на фоне угрозы прерывания в срок 14-16 и 30 нед. Роды в срок, кесарево сечение, по Апгар 7 б., 3550/52. До 3-х месяцев грудное вскармливание, хорошие весовые прибавки. Прививки согласно календарю, без побочных реакций. До 2-х лет не болела. С 2 лет 3 мес посещает я/с, в связи с чем частые ОРЗ. За 2006 год перенесла в/о, дважды ОРВИ. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: атопический дерматит, пищевая аллергия. Тубанамнез: БЦЖ в р/д, рубчик 7 мм. Пробы Манту за 11 – 8 мм, 12г– 13 мм, 13г– отрицат.

Анамнез заболевания: С 3 ноября девочка жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает. За 4 дня до возникновения болевого синдрома неотчетливая травма (со слов девочки упала). Госпитализирована в б-цу г. Мурманска, расценена как больная с реактивным артритом. Отмечался выраженный болевой синдром в области ПКС, утренняя скованность, высокая параклиническая активность. Получала последовательную а/б терапию и НПВС без какого-либо эффекта. Положительная динамика достигнута после внутрисуставного введения дипроспана. Однако, эффект сохранялся всего в течение 3-4 недель, в динамике - упорство болевого синдрома с нарастанием параклинической активности. С подозрением на дебют ЮРА девочка госпитализирована в клиническую больницу СПбГПМА для обследования и подбора терапии.

Данные клинического обследования

При поступлении состояние расценено как средней тяжести за счет выраженности болевого синдрома (интенсивная боль ПКС, девочка не спит по ночам, не может ходить в первую половину дня). При попытке смены НПВС синдром лихорадки в вечернее время, без катаральных явлений. Кожные покровы сухие, бледные, с элементами атопического дерматита на конечностях, иных сыпей нет. Слизистые розовые, чистые. Язык густо обложен белым налетом, неприятный запах. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание жестковато, особенно в прикорневых отделах, симметрично проводится, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень +1 см, край плотно эластичный, б/б. Дизурии нет. Стул ежедневный, оформленный. Суставной синдром был представлен явлениями правостороннего гонита. ПКС увеличен в объеме, горячий на ощупь. Дефигурирован за счет выпота, доминирует экссудативный компонент. Ограничено сгибание и разгибание. При ходьбе щадит правую ногу, хромает. Был верифицирован хламидиоз, проведено этиотропное лечение. С целью сохранения анатомо-функциональной структуры сустава была выполнена лечебная пункция с введением

кеналога с хорошим клиническим эффектом. При МРТ патологических изменений в ПКС не выявлено.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	110	123	125	г/л
Эритроциты	4.06	4.43	4.40	1012/л
Цветовой показатель	0.81	0.84	0.85	
Ретикулоциты	8			‰
Тромбоциты	505	582	474	109/л
Лейкоциты	9.7	10	10.6	109/л
Палочкоядерные		-	-	%
Сегментоядерные	83	72	53	%
Лимфоциты	14	23	37	%
Моноциты	2	5	10	%
Эозинофилы	1	-	-	%
Базофилы				%
СОЭ	21	38	4	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	72	г/л
Альбумины	41.8	%
Глобулины: α1	4.6	%
α2	16.6	%
β	15.3	%
γ	21.5	%
СРБ	6-12	
Сиаловые кислоты	4.6	

АЛТ	18	25	Кальций общий	2.5	
АСТ	18	21	Кальций ионизированный	1.19	
Билирубин общий	12	9	Фосфор неорганический	1.56	
Сахар	4.3		Щелочная фосфатаза	351	359
Мочевина	4.0		Калий	4.5	
АСЛ-О	отриц		Натрий	140	
РФ	отриц		β –липопротеиды	50	
			Холестерин	4.1	

Анализ мочи

	Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритр.	слизь	бактерии	соли
12.02	1016	-	-	2-4	-	-	-	-
21.02	1014	-	следы	2-3	-	-	-	оксалат

HBs, HCV не выявлено. Методом ПЦР крови микобактерии, уреоплазмы, хламидии не выявлено.

IgG к ЭБВ «+», к микоплазме результат не определенный. ЦМВ, герпес 1, 2, к хламидиям отрицат.

Экспресс-диагностика на вирусы: отрицательно.

Мазок из уретры на микоплазмы и хламидии: методом ИФА выявлены хламидии.

Мазок из зева на флору: б-гемолитический стрептококк в большом количестве.

Суставная жидкость: ВК не обнаружено. Результаты: доставлено 1 мл кровянистой жидкости. После центрифугирования надосадочная жидкость прозрачная желтая, в осадке свежие эритроциты. Белок 21,2 г/л. Рагоциты 15%. Нативно: L 10-12 в п/зрения. Ег покрывают все поля зрения. Окрашенный препарат: нейтрофилы 7,9%, лимфоциты 18%, моноциты 3%.

Иммуноглобулины в сыворотке крови А 0,52 г/л (0,79-1,59) G 16,5 (6,67-11,79)

M 0,98 (0,4-0,9) E 40,9 (0,90)

Содержание лимфоцитов: Т – 48%, В – 40%, О – 12%. ЦИК 79 усл.ед. (до 54)

Фагоцитоз: активность на 30 мин 42%, фаг. число 6,9; на 60 мин 74%, фаг. число 7,9.

Заключение: Снижение уровня IgA (ДИГ IV типа). Гипер Ig M, G. ЦИК в сыворотке крови.

Снижение фагоцитарной активности, незавершенный фагоцитоз. Снижение относительного содержания Т- лимфоцитов.

ANA 2,11 (до 1,1). а/т к ДНК натив. 2,05, денатур. 2,25, фкм 1,97 (1,1) РФ IgG (-).

Снижение С3 0,398 (0,55-1,2) С4 0,160 (0,2-0,5).

Анализы кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости и почек

Печень край ровный, крупнозернистая структура. Правая доля 97 мм. Уплотнены стенки желчных протоков. Поджелудочная железа 19*10*17, уплотнена в области хвоста. Мочевой пузырь в норме. Почки: форма, размеры, положение, подвижность в норме. Расщепленный тип лоханки слева. Соли в малом количестве.

Электрокардиограмма

			QRS	0,05	"	RR	0,60-0,70	"
PQ	0,14	"	QT	0,32	"	ЧСС	86-100	уд/мин

Заключение: Ритм синусовый. Неполная блокада пр.ножки пучка Гиса.

Рентгенограмма - На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции в легких на фоне незначительного вздутия с обеих сторон определяется усиление легочного рисунка в прикорневых зонах за счет интерстициальных изменений. Корни легких недостаточно структурны. Синусы свободны. Контур диафрагмы четкие, ровные. Сердце в норме.

На рентгенограмме коленных суставов в 2-х проекциях без костно-деструктивных изменений.

Соотношение в суставах не изменено, суставные щели симметричные.

Магнитно-резонансная томография без в/в контрастирования

На серии МР-томограмм правого коленного сустава выявляются возрастные особенности формирования костных компонентов. Медиальная и латеральная коллатеральные и передняя и задняя связки, собственная связка надколенника не утолщены, прослеживаются на всем протяжении. Хрящи, покрывающие мышелки бедренной кости имеют равномерную толщину и сигнал. Сигналы от передних и задних рогов и центральной части менисков не изменены. В области латерального мышелка бедренной кости определяется зона сниженного МР-сигнала – участок компактного склероза. Жидкости в полости сустава не определяется.

Заключение: МР- данных за наличие патологических изменений в правом коленном суставе не выявлено. Рекомендован МР контроль в динамике.

Офтальмолог: Вспомогательный аппарат не изменен. Диски обычные, среды прозрачные. На глазном дне без патологии. Д-з: Гиперметропия слабой степени обоих глаз.

Дерматолог: Имеет место атопический дерматит.

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

Диагноз

Основной: Синдром Рейтера (Реактивный артрит)

Осложнения: Керато-конъюнктивит смешанного генеза (аллергический, аденовирусный).

Сопутствующий: Хронический аллергический конъюнктивит в стадии ремиссии.

Задача 3. Михаил Х.. Возраст: 10 лет.

Данные анамнеза

С 22 ноября в течение недели на фоне фебрилитета жидкий стул. Кишечная инфекция не типировалась (РНГА отрицат.). С 16 декабря припухлость правого голеностопного сустава, подъем температуры до 38,7. Обратились в травмпункт, выставлен д-з: перелом большого пальца, наложен гипс. В течение 4-х дней нарастание отека, заинтересованность левого голеностопного сустава. Осмотрен хирургом, назначен ортофен, цедекс, кларитин. Лечение без эффекта. С подозрением на остеомиелит госпитализирован по экстренным показаниям

Данные клинического обследования

Семейный анамнез не отягощен.

Поступил с жалобами на припухлость, гиперемию в области обоих голеностопных суставов. При поступлении осмотрен хирургом: данных за гнойно-воспалительный процесс нет. Переведен в ПО с подозрением на системный процесс. Локально при поступлении: правый голеностопный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, дефигурация и нарушение движения за счет отека, на медиальной стороне лодыжки разрешающаяся гиперемия без сыпи, нарушение походки. В ходе проводимой а/б терапии состояние улучшилось, купирование лихорадок. В ан. мочи выявлена значимая лейкоцитурия, поколачивание по пояснице болезненное. При осмотре офтальмологом верифицирован конъюнктивит смешанного генеза. С 28 декабря отмечалась заинтересованность левого коленного сустава (дефигурация за счет отека мягких тканей, гиперемия, болезненность при осевой нагрузке). Проводилась последовательная а/б терапия, противовоспалительная, ФТ с отчетливо положительным эффектом. За время наблюдения отмечалась болезненность в местах прикрепления связок, пяточный бурсит.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	118	117	121	108	110	г/л
Эритроциты	4.39	4.30	4.43	4.10	4.04	10 ¹² /л
Цветовой показатель	0.84	0.81	0.82	0.79	0.82	
Тромбоциты	516	515	518	527	459	10 ⁹ /л
Лейкоциты	9.5	8.4	8.7	9.1	10.1	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	5				1	%
Сегментоядерные	54	69	68	65	79	%

Лимфоциты	34	20	24	31	17	%
Моноциты	6	10	7	4	3	%
Эозинофилы	-		1			%
СОЭ	45	35	38	42	25	мм/ч
Плазматические клет.	1	1				

Биохимический анализ крови

Общий белок	72	г/л
Альбумины	40.6	%
Глобулины: α1	5.5	%
α2	17.5	%
β	15.2	%
γ	20.9	%
СРБ	24-30	

Фибриноген	АЛТ	19
6.6 (норма 2 – 4)	АСТ	21
Протромбин.индекс	Билирубин общий	9
81%	Сахар	5
АПТВ	Мочевина	3.7
28 ** (24 – 38)	ЩФ	254
	В-ЛП	48
	Холестерин	4.4

Анализы мочи	Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритроц.	слизь	бактерии	соли
26.12.05	1012	нет	0,066	60-80	0-1-2	+	-	-
28.12.05	1010	нет	0,033	40-60	-	+	-	-
30.12.05	1005	нет	0,049г/л	5-6 в п/з	0-0-1	-	-	-
11.01.06		нет	следы	2-3	-	-	-	оксалат

Посев мочи– стерилен.

Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

Копрограмма: детрит-2-3, непереваренная клетчатка-1, переваренная клетчатка-0-1, крахмал внеклеточный -, крахмал внутриклеточный -0-1, жирные кислоты-0-1, исчерченные мышечные волокна-0-1, неисчерченные -0-1 , слизь - , йодофильная флора-.

УЗИ органов брюшной полости и почек - Печень - край ровный у реберной дуги, ткань однородная, мелкозернистая, внутрпеченочные сосуды не расширены. **Желчный пузырь** – 60*18 перегиб в обл. шейки, стенки неуплотнены, конкрементов не определяется.

Поджелудочная железа 16*12*17, нормальной эхогенности. **Селезенка** 62*80, нормальной эхогенности. **Почки** –форма, контур, расположение, подвижность в пределах нормы. **RS** 97*36, **RD** 96*36. ЧЛС расширена. Слева расширение лоханки до 20 мм, справа расширение чашечек, стенки лоханки утолщены. **Мочевой пузырь** гипотоничен, стенки утолщены, интрамуральные отделы не расширены..

Электрокардиограмма

			QRS	0.07	"	RR	0.70-1.0	"
PQ	0.10	"	QT	0.36	"	ЧСС	60-86	уд/мин

Заключение: Синусовая аритмия. Неполная блокада пр. ножки пучка Гиса. С-м ранней реполяризации.

Рентгенограмма № 51-3

На РГ коленных суставов в двух проекциях суставные щели симметричны, костно-патологических изменений не определяется. Завороты и ромбовидное пространство не изменены.

ЛОР: Острой ЛОР патологии не выявлено.

В мазке из зева рост В – гемолитического стрептококка в значительном кол-ве.

Иммунологическое обследование

Иммуноглобулины в сыворотке А – 3,0 (1,39 – 2,61) г/л,

М – 1,1 (0,72 – 1,26),

G – 11,5 (8,53 – 14,63),

E – **616,5** (0 – 90) МЕ/мл.

Содержание лимфоцитов: Т – 56%, В – 36%, О – 8%.

Фагоцитарная активность 30 мин – 47%, фаг.число – 7,4.

60 мин – 80%, - 7,9.

ЦИК – 84 (до 54).

Заключение: Гипериммуноглобулинемия А, Е. ЦИК в сыворотке крови. Незавершенный фагоцитоз.

ANA – 1,1 (норма). РФ отриц. А/г: ДНК натив. 1,1(норма) ДНК денатур. 1,1, фосфол.кл.мембр. 2,0 (норма)

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:

- сбор анамнеза
- 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, 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»