

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ

Учебно- методическая рекомендация

САМАРКАНД – 2013

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ.

Учебно- методическая рекомендация для студентов 6 курса детских болезней лечебного факультета

Составители:

Асс. Л.Э.Мухаммадиева

Доц. Г.Н.Кудратова

Рецензенты:

И.Т.Саломов – профессор, зав.курса пропедевтики детских болезней.

Х.М.Маматкулов – профессор кафедры факультетской педиатрии

Председатель, доцент:

З.Б.Курбанниязов

Секретарь, асс.:

З.С.Наимова

Учебно- методическая рекомендация утверждена на Центральном научно-методическом совете СамМИ в протоколе №5 от 26.02.2013 года

Ювенильный ревматоидный артрит. Симптомы. Диагностика. Принципы лечения.

Ювенильный ревматоидный артрит - хроническое воспалительное заболевание суставов у детей до 16 лет с неизвестной этиологией и сложным патогенезом, характеризующееся неуклонно прогрессирующим течением и сопровождающееся у некоторых больных вовлечением внутренних органов, нередко заканчивающееся инвалидизацией.

Среди ревматических заболеваний детского возраста ювенильный ревматоидный артрит занимает по распространённости первое место. Заболевание наблюдают в различных регионах земного шара с частотой от 0,05 до 0,6% в популяции. Первичная заболеваемость также колеблется в значительных пределах, составляя от 6 до 19 случаев на 100 000 детского населения.

Этиология

Этиология ювенильного ревматоидного артрита до настоящего времени неизвестна. Среди его причин рассматривают совокупность различных факторов внешней среды (вирусная и бактериальная инфекции, травма сустава, переохлаждение организма, инсоляция, введение белковых препаратов и др.). В основе неадекватной ответной реакции у больных ювенильным ревматоидным артритом лежит их «сверхчувствительность к различным факторам внешней среды», в результате чего формируется сложный иммунный ответ, приводящий к развитию прогрессирующего заболевания. Определённую роль играет и семейно-наследственная предрасположенность к ревматическим заболеваниям. Исследования последних десятилетий выявили связь ювенильного ревматоидного артрита с наличием у больных DR-локуса HLA с преобладанием DR4 у пациентов с системными формами болезни и DR5 - с преимущественно суставным вариантом болезни.

Патогенез

Патологический процесс при ювенильном ревматоидном артрите начинается в синовиальной оболочке сустава с нарушения микроциркуляции и поражения клеток, выстилающих синовиальную мембрану. В ответ на перечисленные выше изменения в организме больного образуются изменённые IgG, которые воспринимаются собственной иммунной системой как аутоантигены. Иммунокомпетентные клетки, в том числе плазматические клетки синовиальной оболочки сустава, в ответ вырабатывают антитела - анти-IgG. Эти антитела, названные ревматоидным фактором, в присутствии комплемента взаимодействуют с аутоантигеном, и происходит формирование иммунных комплексов. ЦИК оказывают повреждающее воздействие как на эндотелий сосудов, так и на окружающие ткани. В первую очередь страдает синовиальная оболочка сустава, в результате чего развивается артрит. В синовиальной жидкости и тканях сустава при этом образуется избыточное количество цитокинов макрофагального происхождения - интерлейкин-1 и интерлейкин-6, фактора некроза опухолей (TNF- α). Интерлейкин-1 индуцирует воспаление и разрушает хрящ. Этим же свойством обладает фактора некроза опухолей (TNF- α). Интерлейкин-6 способствует гиперпродукции белков острой фазы воспаления - С-реактивного белка и фибриногена. Происходит дальнейшая активизация ферментных систем, разрушающих хрящ. Усиление новообразования сосудов, или ангиогенез, возникающий вследствие действия на ткани цитокинов, также усиливает деструкцию хряща.

В процессе воспаления в тканях сустава формируется большое число клеток, образующих так называемый паннус, или «плащ», закрывающий поверхность суставного хряща, тем самым препятствуя нормальным процессам обмена и усиливая деструкцию костно-хрящевых образований.

Патоморфология

При биопсии синовиальной мембраны в начальный период болезни выявляют ворсинчатую гипертрофию и гиперплазию поверхностного слоя. Воспаление в суставе при ювенильном ревматоидном артрите, как и у взрослых больных, приводит к образованию эрозий и деструкции хряща. Однако эти процессы у детей развиваются медленнее и в меньшем проценте случаев. Как правило, количество и глубина эрозий соответствуют глубине и тяжести процесса. Одновременно с патологическим процессом в суставах у детей наблюдают увеличение лимфатических узлов, обусловленное неспецифической фолликулярной гиперплазией. У детей при ювенильном ревматоидном артрите, как и у взрослых, во всех органах могут развиваться васкулиты, не имеющие специфических морфологических признаков. Наблюдают также атрофии мышечных волокон. Наиболее выражены изменения в мышцах, прилегающих к поражённым суставам.

Симптомы ювенильного ревматоидного артрита

Клиническая картина ювенильного ревматоидного артрита разнообразна. Начало заболевания может быть острым или подострым. При остром начале обычно повышается температура тела, появляется болезненность, а затем отёк в одном или нескольких суставах, чаще симметричных. Однако симметричность поражений иногда становится очевидной не сразу, а в течение нескольких дней или недель от начала болезни. Поражаются, как правило, крупные суставы - коленные, голеностопные, лучезапястные, но иногда с самого начала болезни страдают мелкие суставы рук и ног (плюснефаланговые, межфаланговые). Типично для ювенильного ревматоидного артрита поражение суставов шейного отдела позвоночника. Все суставы резко болезненны, отёчны, в редких случаях кожа вокруг них гиперемирована. Температура тела постепенно повышается и может достигать 38-39 °С. При этом нередко на коже туловища и конечностей появляется полиморфная аллергическая сыпь, увеличиваются периферические лимфатические узлы, печень и селезёнка. В общем анализе крови выявляют анемию, часто нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ до 40-60 мм/ч, повышение концентрации Ig, преимущественно IgG.

Острое начало болезни обычно свойственно тяжёлым формам - генерализованной суставной или суставно-висцеральной (системной) форме болезни с часто рецидивирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Эту форму чаще наблюдают у детей дошкольного и младшего школьного возраста, но она может возникать и у подростков.

Подострое начало болезни характеризуется менее яркой симптоматикой. Артрит, как правило, начинается с одного сустава - коленного или голеностопного. Сустав распухает, нарушается его функция, иногда даже без выраженной болезненности. У ребёнка изменяется походка, а дети до 2 лет перестают ходить. Наблюдают так называемую утреннюю скованность в суставах, выражающуюся в том, что больной после ночного сна чувствует некоторое время затруднение при движениях в суставах и самообслуживании. Он с трудом встаёт, походка его замедленна. Утренняя скованность может продолжаться от нескольких минут до 1 ч и более. Процесс в течение длительного времени может ограничиваться одним суставом (ревматоидный моноартрит). Такая форма заболевания, особенно у девочек дошкольного возраста, нередко сопровождается ревматоидным поражением глаз - ревматоидным увеитом, односторонним или двусторонним. При ревматоидном увеите затронуты все оболочки глаза, вследствие чего резко падает острота зрения вплоть до полной его потери, причём иногда в течение полугода. В редких случаях развитие ревматоидного увеита может предшествовать суставному процессу, что чрезвычайно затрудняет своевременную диагностику.

Подострое начало болезни может протекать и с вовлечением в процесс нескольких суставов - чаще 2-4. Такую форму болезни называют олигоартикулярной. Боли в суставах могут быть умеренными, как и экссудативные изменения. В процесс могут вовлекаться, например, два

голеностопных и один коленный сустав, и наоборот. Температура тела не повышается, полиаденит умеренный. Эта форма ювенильного ревматоидного артрита протекает более доброкачественно, с менее частыми обострениями.

В последующем, при прогрессировании болезни, возможны две основные формы - преимущественно суставная и суставно-висцеральная в соотношении 65-70% и 35-30% соответственно.

Суставно-висцеральная форма

Суставно-висцеральная (системная форма) включает пять признаков: упорная высокая лихорадка, полиморфная аллергическая сыпь, лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, артралгии/артрит. Эта форма ювенильного ревматоидного артрита имеет два основных варианта - синдром Стилла, чаще развивающийся у детей дошкольного возраста, и синдром Висслера-Фанкони, обычно наблюдаемый у школьников.

Варианты системной формы ювенильного ревматоидного артрита

Основные клинические симптомы	Синдром Стилла	Синдром Висслера-Фанкони
Острое начало	+	+
Умеренная лихорадка	+	-
Высокая упорная лихорадка	-	+
Полиартрит с поражением мелких суставов	+	-
Полиартрит с поражением крупных суставов, в том числе тазобедренных	-	+
Длительные артралгии	-	+
Лимфаденопатия	+	+
Гепатоспленомегалия	+	+
Полисерозит	+	+
Миокардит	+	+
Анемия	+	-
Нейтрофильный гиперлейкоцитоз	-	+
Резкое увеличение СОЭ	+	+

Длительно рецидивирующее течение ювенильного ревматоидного артрита может осложниться вторичным амилоидозом, чему способствует постоянная циркуляция в кровеносном русле иммунных комплексов. Амилоид откладывается в стенках сосудов, в почках, печени, миокарде, кишечнике, что приводит к нарушению их функций. Чаще всего амилоидоз поражает почки, о чём свидетельствует стойкая протеинурия с развитием в последующем хронической почечной недостаточности.

Суставная форма

При суставной форме прогрессирование ювенильного ревматоидного артрита приводит к стойкой деформации суставов с частичным или полным ограничением подвижности в них. До 25% детей становятся инвалидами.

Диагностика ювенильного ревматоидного артрита часто представляет трудности, особенно на ранних этапах болезни.

Диагностические критерии ювенильного ревматоидного артрита.

Клинические признаки

1. Артрит продолжительностью 3 мес и более.
2. Артрит второго сустава, возникший через 3 мес и позже.
3. Симметричное поражение мелких суставов.
4. Контрактуры суставов.
5. Тендосиновит или бурсит.
6. Мышечная атрофия.
7. Утренняя скованность.
8. Ревматоидное поражение глаз.
9. Ревматоидные узелки.
10. Выпот в полость суставов.

Рентгенологические признаки

1. Остеопороз, мелкокистозная перестройка костной структуры эпифиза.
2. Сужение суставных щелей, костные эрозии, анкилоз суставов.
3. Нарушение роста костей.
4. Поражение шейного отдела позвоночника.

Лабораторные признаки

1. Положительный ревматоидный фактор.
2. Положительные данные биопсии синовиальной оболочки.

В зависимости от количества выявленных положительных признаков определяют степень вероятности наличия заболевания (при обязательном наличии артрита):

- 3 признака - вероятный ювенильный ревматоидный артрит;
- 4 признака - определённый ювенильный ревматоидный артрит;
- 8 признаков - классический ювенильный ревматоидный артрит.

Рабочая классификация ювенильного ревматоидного артрита

Форма	Течение	Активность, степень	Наличие ревматоидного фактора в крови	Функциональные нарушения, степень
- Преимущественно	- Быстро прогрессирующее	I II	Ревматоидный фактор	I II

суставная (моноартрит, олигоартрит, полиартрит) - Системная (с поражением сердца, ретикуло- эндотелиальной системы, лёгких, с васкулитом, полисерозитом) - Синдром Стилла - Синдром Висслера- Фанкони (аллерго- септический синдром) - Суставная форма с поражением глаз - ревматоидным увеитом	- Умеренно прогрессирующее - Медленно прогрессирующее	III	«+» Ревматоидный фактор «-»	III
---	--	-----	--------------------------------------	-----

Англо-американская классификация ювенильного ревматоидного артрита

I. Системная форма

II. Полиартикулярная форма

- Субтип с наличием ревматоидного фактора
- Субтип с отсутствием ревматоидного фактора

III. Олигоартикулярная форма

- Субтип, наблюдаемый преимущественно у девочек, с началом болезни в раннем возрасте, наличием антинуклеарного фактора, отсутствием ревматоидного фактора, отсутствием HLA-B27 и высоким риском развития в дальнейшем поражения глаз
- Субтип, наблюдаемый преимущественно у мальчиков, с началом болезни в среднем и старшем возрасте, преимущественным поражением нижних конечностей, наличием HLA-B27 и отсутствием ревматоидного и антинуклеарного факторов
- Субтип, наблюдаемый среди всех возрастных групп, с отсутствием ревматоидного фактора, антинуклеарного фактора и HLA-B27

Используют также рентгенологические критерии изменений в суставах по классификации американского рентгенолога Штейнброккера, подразделяемые на четыре стадии.

- I степень - остеопороз без деструктивных изменений.
- II степень - незначительные разрушения хряща и кости, небольшое сужение суставной щели, единичные узурь костей.
- III степень - значительные разрушения хряща и кости, выраженное сужение суставной щели, множественные узурь, подвывихи, локтевая девиация.
- IV степень - симптомы степени III в сочетании с анкилозом.

В результате ревматоидного воспаления развиваются изменения в суставах, имеющие три степени в зависимости от характера и тяжести нарушения их функций. Степени нарушения функций суставов следующие.

- I степень - умеренное ограничение профессиональной деятельности (учёбы в школе), но полное сохранение самообслуживания.
- II степень - лишение способности выполнять профессиональную деятельность (учёбу в школе) и умеренное ограничение самообслуживания.
- III степень - утрата возможности самообслуживания и необходимость постороннего ухода.

Дифференциальная диагностика ювенильного ревматоидного артрита

Дифференциальную диагностику ювенильного ревматоидного артрита следует проводить с ревматическим артритом, реактивным артритом, анкилозирующим спондилоартритом, болезнью Райтера.

Дифференциальная диагностика ювенильного ревматоидного артрита

Название болезни	Отличительные признаки
Ревматоидный артрит	Артрит или артралгии возникают через 2-3 нед после перенесённой ангины Суставы поражаются симметрично Боль и припухлость держатся от нескольких дней до 2-3 нед Артрит проходит без последствий
Реактивные артриты	Связь артрита с определённой инфекцией Асимметричное поражение суставов Положительные серологические пробы Эффект от антибактериальной терапии
Болезнь Бехтерева	Ранний двусторонний сакроилеит Медленно прогрессирующий моно-, олигоартрит Часто поражается тазобедренный сустав Экзостозы пяточных костей HLA-B27
Болезнь Рейтера	Связь с хламидийной инфекцией

Асимметричный артрит нижних конечностей Односторонний сакроилеит Обратимость артрита HLA-B27

Лечение ювенильного ревматоидного артрита

Лечение при ювенильном ревматоидном артрите необходимо проводить комплексно и поэтапно. В активный период болезни больные нуждаются в стационарном лечении, в неактивный - в амбулаторном наблюдении и санаторно-курортном лечении. Значительную часть времени больные лечатся в амбулаторных условиях в связи с длительностью болезни. В поликлинике дети продолжают получать сочетанную терапию, включающую медикаментозное лечение, ЛФК, курсы массажа и физиотерапии. Только длительное и непрерывное лечение под контролем врача и медицинской сестры может дать положительный эффект.

В период обострения лечение включает НПВС, в тяжёлых случаях в сочетании с глюкокортикоидами и иммунодепрессантами (хинолиновые производные, пеницилламин, метотрексат, циклоспорин), а также с Ig человеческим нормальным. Ниже приведены основные препараты, их дозы и длительность применения.

Основные лекарственные препараты, применяемые при лечении ювенильного ревматоидного артрита

1. Нестероидные противовоспалительные препараты

1. Ацетилсалициловая кислота - 60-80 мг/кг/сут, не более 3 г/сут. Назначают после еды 3-4 раза в день. Длительность курса 1-3 мес в зависимости от индивидуальной переносимости.
2. Индометацин - 2-3 мг/кг/сут. Детям раннего возраста назначают 25 мг/сут (по 1/2 таблетки 2 раза в день). Детям старшего возраста назначают до 100 мг/сут (2 таблетки по 50 мг в 2 приема).
3. Диклофенак - 2-3 мг/кг/сут, но не более 100 мг/сут в 2 приёма.
4. Ибупрофен - 200-1000 мг/сут в зависимости от возраста из расчёта 40 мг/кг/сут в 3 приёма.
5. Напроксен - 250-750 мг/сут в зависимости от возраста. Не рекомендуют детям до 10 лет. Длительность курса от нескольких месяцев до нескольких лет.

2. Глюкокортикоиды

1. Преднизолон - внутрь из расчёта 1 мг/кг/сут (максимальная доза). Длительность курса - по показаниям.
2. Метил преднизолон (метипред), бетаметазон (дипроспан) - внутрисуставно. Доза зависит от величины сустава. В один и тот же сустав препарат вводят не более 5 раз с интервалом 5 дней. Курс можно повторить.

3. Базисные препараты

1. Хинолиновые: гидроксихлорохин (плаквенил) и хлорохин (хингамин, делагил). Гидроксихлорохин в дозе 200-300 мг 1 раз в день, лучше перед сном после

еды. Хлорохин в дозе 125-250 мг/сут в зависимости от возраста, 1 раз в день на ночь после еды.

2. Метотрексат назначают внутрь 2-3 раза в неделю. Обычно недельная доза составляет от 2,5 до 7,5 мг/м² поверхности тела.
3. Сульфасалазин назначают по 0,5-1 г/сут в 2 приёма.
4. Пеницилламин назначают внутрь по 60-125 мг в 1 приём за -2 ч до завтрака в течение 1,5-2 мес.
5. Циклоспорин назначают в дозе 2-3 мг/кг/сут в 2 приёма под контролем уровня креатинина плазмы крови. При увеличении его более чем на 30% дозу препарата уменьшают или его отменяют. Курс лечения 2 мес и более по показаниям.
 1. Базисные препараты назначают на длительный срок, от одного до нескольких лет в зависимости от клинической картины болезни. Проведение базисной терапии приводит к уменьшению потребности в НПВС и глюкокортикоидах (следовательно, снижает риск развития побочных эффектов, возникающих на фоне лечения этими препаратами), позволяет улучшить качество жизни, снизить инвалидность, улучшить отдалённый прогноз, увеличить продолжительность жизни.

4. Иммунотерапия

Ig для внутривенного введения (например, пентаглобин, интраглобин, сандоглобулин) в дозе от 0,4-2 г/кг/сут в течение 4-5 дней. Вводят капельно по 10-20 капель в минуту в течение 15 мин, затем скорость увеличивают до 2 мл/мин. При необходимости инфузии повторяют каждые 4 нед.

Местная терапия

Широко применяют местное лечение поражённого сустава - внутрисуставное введение препаратов, преимущественно глюкокортикоидов, временную иммобилизацию сустава с помощью съёмной лонгеты, различные физиотерапевтические методы лечения, ЛФК, массаж. При наличии контрактур накладывают скелетное вытяжение, проводят механотерапию на специальной аппаратуре.

Осложнения терапии

Препараты, применяемые для лечения ювенильного ревматоидного артрита, имеют много побочных эффектов. Так, НПВС и глюкокортикоиды при пероральном приёме повышают кислотообразующую функцию желудка и могут вызвать хронический гиперацидный гастрит с развитием эрозивно-язвенного процесса, поэтому их необходимо принимать после еды и желательно запивать щелочным питьём. Если ребёнок, страдающий ювенильным ревматоидным артритом и получающий лечение, жалуется на боли в животе, необходимо срочно показать его врачу, провести эндоскопическое исследование желудка, чтобы не пропустить тяжёлое осложнение, например прободение язвы.

Профилактика

Профилактика возможна только вторичная, т.е. профилактика рецидивов ювенильного ревматоидного артрита, да и то только в том случае, если больной находится постоянно под наблюдением ревматолога. Вторичная профилактика предусматривает постоянное

наблюдение за клиническими проявлениями и лабораторными показателями болезни. При наличии признаков начинающегося обострения необходимо усилить медикаментозную терапию, уменьшить физическую нагрузку (учёба на дому для школьников) и в случае необходимости поместить больного в стационар, желательно в тот, где он уже ранее находился.

Прогноз

Ювенильный ревматоидный артрит - заболевание пожизненное, однако при правильно подобранной терапии и систематическом наблюдении ревматолога возможна длительная ремиссия с удовлетворительным качеством жизни (возможна учёба, приобретение среднего и высшего образования, работа по профессии). При часто рецидивирующем течении, системных проявлениях болезни прогноз более пессимистичен - рано происходит инвалидизация, активная жизнь ограничена.

Тестовые вопросы

1. В каком возрасте наиболее часто встречается ювенильный хронический артрит (ЮХА)

- а) 2-5 лет
- б) 1-2 года
- в) 14-15 лет
- г) 7-8 лет
- д) 10-11 лет

2. Какова клинико-анатомическая характеристика заболевания, выберите правильный ответ

- а) ревматоидный артрит преимущественно суставная форма с или без поражения глаз
- б) ревматоидный артрит – суставно-висцеральная форма
- в) ревматоидный артрит в сочетании с другими заболеваниями
- г) ревматоидный артрит в сочетании с остеопорозами
- д) ревматоидный артрит в сочетании с костно-хрящевой деструкцией

3. Суставная форма ревматоидного артрита включает в себя:

- а) полиартрит, олигоартрит, моноартрит
- б) уплотнение периартикулярных тканей
- в) поражение эпифизов
- г) поражение сосудов
- д) поражение серозных оболочек

4. Суставно-висцеральная форма ревматоидного артрита включает в себя:

Найдите правильный ответ

- а) поражение ретикулоэндотелиальной системы, сердца, сосудов, почек, лёгких, нервной системы серозных оболочек, кожи
- б) синдром Стилла
- в) аллергический синдром
- г) полиартрит
- д) моноартрит

5. По течению болезни ЮРА бывает:

- а) быстро прогрессирующее, медленное прогрессирующее

- б) молниеносное
- в) острое
- г) подострое
- д) непрерывно рецидивирующее

6. Чем характеризуется рентгенологическая картина при 1 стадии артрита

- а) околоуставной остеопороз, поражение суставов
- б) сужение суставной щели, единичные костные узлы
- в) распространенный остеопороз, выраженная костно-хрящевая деструкция, вывихи, подвывихи, системное нарушение роста костей
- г) анкилозы (анкилоз в шейном отделе позвоночника)
- д) остеопороз с расширением суставной щели

7. Что характерно для 2 стадии рентгенологической картины артрита

- а) остеопороз, выпот в полость сустава, сужение суставной щели
- б) распространенный остеопороз
- в) хрящевая деструкция
- г) нарушение роста кости
- д) анкилозы

8. Чем характеризуется рентгенологическая форма при 3 стадии артрита

- а) распространенный остеопороз, выраженная костно-хрящевая деструкция, вывихи, подвывихи, системное нарушение роста костей
- б) остеопороз
- в) признаки выпота в полость сустава
- г) сужение суставной щели
- д) анкилозы в шейном отделе позвоночника

9. Чем характеризуется рентгенологическая норма при 4 стадии артрита

- а) анкилозы в шестом отделе, сужение суставной щели, остеопороз
- б) около суставной остеопороз
- в) хрящевая деструкция
- г) выпот в полость сустава
- д) ускорение роста эпифиза пораженного сустава

10. Какова функциональная способность больного при 1 степени активности

- а) сохранена
- б) нарушена по состоянию опорно-двигательного аппарата
- в) способность и самообслуживанию частично утрачена
- г) способность и самообслуживанию утрачена полностью
- д) нарушена по состоянию глаз или внутренних органов

11. Какова функциональная способность больного при II степени активности

- а) нарушена по состоянию опорно-двигательного аппарата
- б) сохранена
- в) нарушена по состоянию глаз или внутренних органов
- г) быстро прогрессирующее
- д) медленно-прогрессирующее

12. Какова функциональная способность больного при III степени активности

- а) нарушена по состоянию глаз или внутренних органов
- б) сохранена

в) нарушена по состоянию опорно-двигательного аппарата

13. Каковы основные клинические признаки ЮХА

- а) артрит продолжительностью более 3 мес
- б) артрит второго сустава, возникающий через 3 мес и более после поражения первого
- в) симметричное поражение мелких суставов выпот в полость сустава
- г) контрактура сустава, тендосиновит или бурсит
- д) мышечная атрофия (чаще регионарная), утренняя скованность, все верно

14. Каковы основные рентгенологические признаки ЮХА

- а) остеопроз, сужение суставных щелей, нарушение роста костей
- б) остеопороз
- в) сужение суставных щелей
- г) нарушение роста костей
- д) анкилозы

15. Основными локальными клиническими признаками артрита является:

- а) боль при движении, утренняя скованность, нарушение функции пораженных суставов
- б) пальпация суставов безболезненна
- в) боль в мелких суставах
- г) летучесть болей в крупных суставах
- д) летучесть болей в мелких суставах

16. Лабораторная картина крови характеризуется следующими изменениями:

- а) ускорением СОЭ, увеличением L2 и гаммаглобулинов, ревматоидный фактор в диагностическом титре
- б) повышение уровня фибриногена
- в) повышение уровня сывороточных мукопротеидов
- г) повышение С реактивного белка
- д) лейкоцитоз, нейтрофильный, повышение титров АСЛО, АСК, АКГ

17. Основными клиническими критериями диагностики является

- а) артрит продолжительностью 2-3 месяца и дольше
- б) артрит второго сустава через 1-3 месяца
- в) выпот в полость суставов, контрактура суставов
- г) тендосиновит или бурсит, мышечная атрофия
- д) утренняя скованность, ревматоидные узелки, ревматоидное поражение глаз

18. Все препараты используемые для лечения ЮХА можно разделить на две группы

- а) противовоспалительные и иммуномодулирующие средства
- б) антибиотики витамины
- в) гормоны и иммунодепрессанты
- г) цитостатики и иммунодепрессанты
- д) антибиотики и гормоны

19. Какие препараты относятся к противовоспалительным средствам при лечении ЮХА:

- а) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикоиды
- б) иммунодепрессанты и иммуностимуляторы
- в) антибиотики
- г) гормоны
- д) иммуностимуляторы

20. Какие препараты относятся к иммуномодулирующим средствам при лечении ЮХА

- а) иммунодепрессанты и иммуностимуляторы
- б) гормоны
- в) антибиотики
- г) витамины
- д) нестероидные противовоспалительные препараты

21. К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся

- а) диклофенак, метиндол, бутадион, аспирин, бруфен
- б) пенициллин
- в) бициллин 3, 5
- г) гормоны
- д) альбумин

22. К иммуномодулирующим средствам при лечении ЮХА относятся:

- а) циклофосфан, хлорбутил
- б) делагил
- в) плаквенил
- г) купренил
- д) метил каптаз

23. К хинолиновым препаратам при лечении ЮХА относятся

- а) делагил, плаквенил
- б) купренил
- в) асперин
- г) гормоны
- д) бициллин 3, 5

24. К депеницилламин препаратам при лечении ЮХА относят

- а) купренил, метилкаптаза
- б) пенициллин
- в) бециллин 3,5
- г) делагил
- д) гормоны

25. Какой препарат используют при моно и олигоартритическом варианте и с острым и подострым течением ЮХА

- а) ацетилсалициловую кислоту 50-70 мг/кг, метиндол, индометацин 1-3 мг/кг в сутки
- б) гормоны 1-2 мг/кг
- в) делагил 5-7 мг/кг
- г) циклофосфан 1-5 мг/кг
- д) пеницилламин 3-5 мг/кг

26. Какие препараты наиболее эффективны при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение месяца или прогрессировании глазного синдрома

- а) циклофосфан 1-5 мг/кг, хлорбутил 0,1-0,3 мг/кг в сутки
- б) курантил 4-5 мг/кг в сутки
- в) никошпан 2-3 мг/кг в сутки
- г) гормоны 1-2 мг/кг в сутки
- д) делагин 5-7 мг/кг в сутки

Задачи

1. Больному 4 года. Жалобы матери на кожные высыпания, повышение температуры тела до 40⁰ С, потливость. Об-но: Общее состояние тяжелое, ребенок беспокоен, капризный. На коже аллергические высыпания различного характера. Коленный сустав немного отечной. Периферические лимфатические узлы увеличены. Печень +4.0 см. В легких жесткое дыхание. На верхушке сердца систолический шум. На рентгенограмме – остеохондроз.

- 1). Ваш диагноз
- 2). Лечение.

Ответ: 1). Аллергический субсепсис Висслера- Фанкони.
2). Антибиотики, делагил, преднизолон, вольтарен.

2. Больному 7 лет. Жалобы на повышение температуры тела, отечность и боли правого коленного сустава. При осмотре общее состояние средней тяжести. Локальная температура на правом коленном суставе повышен, движение ограничено, тонус мышц понижен. Периферические лимфатические узлы увеличены. Сердечные тоны приглушены. Пульс – 100 ударов в минуту.

- 1). Ваш диагноз
- 2). Лечение.

Ответ: 1).ЮРА, суставная форма,
медленно прогрессирующее течение, I ст.активности
2). Антибиотики, левамизол, преднизолон, плаквенил, ортофен.

3. Ребенку 10 лет. Жалобы на утреннюю скованность конечностей, боли в суставах кисти рук, мелкоочечные высыпания на коже суставов. При осмотре состояние больного тяжелое. На коже имеется высыпания аллергического характера. Периферические лимфатические узлы увеличены, болезненны. Печень +3,0 см. Симптом Пастернацкого положительный. На верхушке сердца выслушивается грубый систолический шум.

- 1). Ваш диагноз
- 2). Лечение.

Ответ: 1).ЮРА, суставно-висцеральная форма (синдром Стилла).
2). Антибиотики, левамизол, преднизолон, плаквенил, вольтарен.

Литература

1. Детские болезни. Под редакцией Л.А.Исаевой.Москва .2002. изд. Медицина.
2. Детские болезни. Под редакцией А.А.Баранова.Москва .2007. изд. Дом «ГЕОТАР-Медиа.
- 3 Детские болезни. Н.П.Шабалов. том-1. 5-е издание. Питер. 2002.