

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет медичний, міжнародний
Кафедра педіатрії №2**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи

_____ Світлана КОТЮЖИНСЬКА

01 вересня 2022 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс 6

Навчальна дисципліна «ПЕДІАТРІЯ»

Затверджено:

Засіданням кафедри педіатрії №2 Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “28” серпня 2022 р.

Завідувач кафедри _____ (Тетяна Стоєва)
(підпис)

Розробники:

завідувач кафедри, д. мед. н., професор Стоєва Т. В.
завуч кафедри, к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Прохорова С. В.
к. мед. н., доцент кафедри педіатрії №2 Тіткова О. В.
к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Портнова О. О.
к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Весілик Н. Л.
к. мед. н., доцент, доцент кафедри педіатрії №2 Годлевська Т. Л.
к. мед. н., асистент Федін М. В.
к. мед. н., асистент Джагіашвілі О. В.
к. мед. н., асистент Решетіло О. В.
асистент Браткова Л. Б.

Тема 18. Практичне заняття 50 - 52. Диференційна діагностика системних захворювань сполучної тканини та системних васкулітів у дітей. Провідні клінічні симптоми та синдроми при ювенільному ідіопатичному артриті, системному червоному вовчаку, гострій ревматичній лихоманці, дерматоміозиті, склеродермії, хворобі Кавасакі, вузликовому поліартеріїті та інших системних васкулітах у дітей. Клінічні варіанти перебігу та ускладнення системних захворювань сполучної тканини та системних васкулітів у дітей. Диференційна діагностика системних захворювань сполучної тканини та системних васкулітів у дітей. Дані лабораторних та інструментальних досліджень при системних захворюваннях сполучної тканини та системних васкулітах у дітей. Диференційна діагностика системних захворювань сполучної тканини та системних васкулітів у дітей. Диференційна діагностика артритів у дітей. Диференційна діагностика системних захворювань сполучної тканини та системних васкулітів у дітей. Тактика ведення хворих при системних захворюваннях сполучної тканини та системних васкулітах у дітей. Первинна та вторинна профілактика гострої ревматичної лихоманки у дітей. Диспансерне спостереження.

Мета: Ознайомитися з сучасним визначенням системних захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, системна склеродермія, дерматоміозит), ювенільного ідіопатичного артриту, реактивних артритів, системних васкулітів (вузликовий поліартеріїт тощо). Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в кардіоревматології дитячого віку.

Основні поняття:

Системні захворювання сполучної тканини	група захворювань займає третє за частотою місце серед причин ЛНГ і представлена головним чином такими захворюваннями, як системний червоний вовчак (СЧВ), ідіопатичний артрит (ІОІА), різні форми системних васкулітів.
Системний червоний вовчак	хронічне полісиндромне захворювання, що спостерігається на тлі генетично обумовленої недосконалості імунорегуляторних процесів, котрі призводять до неконтролюємої продукції антител до власних клітин та їх компонентів, з розвитком аутоімунного та імунотоксичного хронічного запалення. Страждають переважно дівчата.
Системний червоний вовчак Діагностичні критерії клінічні та параклінічні	1. Еритема "метелик" (плоска або підвищена над поверхнею шкіри фіксована еритема у виличній ділянці з тенденцією до поширення на назолабіальні складки), 2. Дискоїдна висипка у вигляді окремих дещо підвищених еритематозних пляшок з гіперкератозом і фолікулярними пробками; згодом на місці висипань формується рубцева атрофія, 3. Фотосенсибілізація - поява висипки після надмірної інсоляції, 4. Виразки у порожнині рота

	5. Артрит (неерозивний артрит, що уражає 2 і більш периферичних суглобів і характеризується білью, припухлістю та випотом) 6. Серозит: плеврит або перикардит 7. Ураження нирок: персистуюча протеїнурія більш 0,5 г у добу, гематурія, лейкоцитурія, циліндрурія, 8. Неврологічні порушення (судоми, психоз) 9. Гематологічні порушення (гемолітична анемія з ретикулоцитозом, лейкопенія менше ніж 4000/мм³при двох і більш визначеннях, лімфопенія менше 1500/мм³при двох і більш визначеннях, тромбоцитопенія менше 100000/мм³, що не пов'язана з прийманням ліків) 10. Імунні порушення (антитіла до нативної ДНК у високому титрі, анти-SM антитіла - антитіла до SM-ядерного антигену, виявлення антифосфоліпідних антитіл на підставі високого рівня IgG або IgM антикардіоліпінових антитіл, виявлення вовчакового антикоагулянту з використанням стандартної методики, несправжня позитивна серологічна реакція на сифіліс протягом не менш 6 місяців) 11. Антиядерні антитіла - при відсутності лік, що здатні викликати лікарський червоний вовчак При наявності 4 і більш з 11 вище перерахованих критеріїв дозволяє вважати діагноз СЧВ достовірним.
Системна склеродермія	дифузне захворювання сполучної тканини, що проявляється прогресуючим фіброзом шкіри, внутрішніх органів, судинною патологією за типом облітеруючого ендартеріїту з поширеними вазоспастичними порушеннями. Етіологія не з'ясована. Провокуючі чинники - охолодження, вібрація, травма, контакт з деякими хімічними речовинами, нейроендокринні порушення, алергізація.
CREST-синдром	кальциноз + синдром Рейно + езофагіт + склеродактілія + телеангіектазії
Дерматоміозит	захворювання з групи дифузних хвороб сполучної тканини з переважним ураженням проксимальних скелетних м'язів, розвитком м'язової слабкості, а також еритемою на шкірі обличчя. Оскільки етіологія захворювання неясна, дерматоміозит включають до складу гетерогенної групи ідіопатичних запальних міопатій з провідним клінічним проявом - враженням скелетної мускулатури запального генезу.
Критерії діагностики дерматоміозиту (Tanimoto)	1. Ураження шкіри: - Геліотропний висип - червоно-фіолетові еритематозні висипання навколо очей. - Ознака Готтрона - червоно-фіолетова еритема або плями на розгинальній поверхні кистей над

	п'ястно-фаланговими і проксимальними міжфаланговими суглобами. - Еритема на розгинальній поверхні кінцівок, над ліктьовими і колінними суглобами. 2. Слабкість м'язів проксимальних відділів кінцівок і тулуба. 3. Підвищення активності креатинфосфокінази та / або альдолази в сироватці крові. 4. Міалгії або болючість м'язів при пальпації. 5. Зміни на ЕМГ (короткі поліфазні потенціали моторних одиниць зі спонтанними потенціалами фібриляції). 6. Виявлення антитіл Jo-1. 7. Недеструктивності артрит або артралгії. 8. Ознаки системного запалення (лихоманка більше 37 ° С, збільшення концентрації С-реактивного білка або збільшення ШОЕ більше 20 мм / год). 9. Гістологічні зміни: запальні інфільтрати в скелетних м'язах з дегенерацією або некрозом м'язових фібрил, активний фагоцитоз або ознаки активної регенерації. При наявності першого і будь-яких чотирьох з наступних критеріїв діагноз дерматоміозиту вважають достовірним. Діагностика дерматоміозиту важка в тих випадках, коли захворювання дебютує одним синдромом, особливо в тому випадку, коли ведучим синдромом стає міопатія, а шкірні зміни неяскраві.
Геморагічний васкуліт (синоніми: геморагічний імунний мікротромбоваскуліт, хвороба (пурпура) Шенляйн - Геноха, анафілактоїдна пурпура)	одне з найпоширеніших геморагічних захворювань, що відносяться до групи імунотоксичних вазопатій інфекційно-алергічної природи. В основі лежить пошкодження мікросудин циркулюючими імунними комплексами (ЦІК), з подальшим асептичним запаленням, дезорганізацією стінок мікросудин і множинним мікротромбоутворенням в судинах шкіри, суглобів і внутрішніх органів.
Вузликовий поліартеріт	системний васкуліт гострого або підгострого перебігу з переважним враженням артерій мілкового та середнього калібру з утворенням аневризматичних вип'ячувань, клінічно проявляється швидко прогресуючим запальним ішемічним враженням м'яких тканин і внутрішніх органів.
Хвороба Кавасакі (слизово-шкіряний лімфонулярний синдром)	гострий рецидивуючий системний некротизуючий васкуліт з переважним ураженням дрібних і середніх артерій. Клінічно проявляється ураженням шкіри, слизових оболонок і збільшенням лімфатичних вузлів. Хворіють діти молодше 8 років (до 80%), частіше хлопчики. Причиною розвитку ХК вважається вплив стафілококових і стрептококових суперантігенів, стимулюючих популяцію Т-лімфоцитів і таким

	чином сприяють розвитку імунних реакцій на поверхні ендотеліальних клітин. Розщеплення зовнішньої і внутрішньої еластичних мембран судин призводить до формування аневризм. При цьому інтима потовщується, просвіт судини звужується, що сприяє його тромбуванню.
Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА)	хронічне аутоімунне запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів по типу ерозивно-деструктивного прогресуючого поліартриту і відноситься до мультифакторіальних полігенно успадкованих захворювань, в розвитку яких мають місце інфекційні, зовнішні і спадкові фактори, в т.ч. імуногенетичні.
Класифікація ЮІА	1. Олігоартрит – артрит 1-4 суглобів, уражених протягом перших 6 міс хвороби: • персистуючий олігоартрит (уражує не більше 4 суглобів протягом усього періоду «хвороби»); • олігоартрит поширений (уражує 5 і більше суглобів після перших 6 міс). 2. Поліартрит: • артрит 5 або більше суглобів, уражених протягом перших 6 міс хвороби; тест на ідіопатичний фактор (РФ) – негативний. • артрит 5 або більше суглобів, уражених протягом перших 6 міс хвороби; асоційований з позитивним РФ за результатами двох тестів із трьох протягом перших 6 міс хвороби. 3. Системний артрит – артрит одного і більше суглобів із наявною або попередньо задокументованою гарячкою тривалістю понад 2 тижні у поєднанні з одною і більше ознаками: • короткотривале, нефіксоване еритематозне висипання; • генералізоване збільшення лімфатичних вузлів; • гепато- і/або спленомегалія; • серозити. 4. Псоріатичний артрит – артрит і псоріаз, або артрит із наявністю принаймні 2 із таких ознак: • дактиліт; • зміни нігтів (синдром «наперстка», оніхолізіс); • псоріаз у сімейному анамнезі в осіб першого ступеня спорідненості. 5. Ентезитасоційований артрит – артрит і ентезити, або артрит, або ентезит із двома з таких ознак: • чутливість сакроілеальних з'єднань і/або запальний біль у спині; • наявність антигена HLA B27; • початок артрит у хлопчиків у віці старше 6 років; • гострий (симптоматичний) передній увеїт;

	• анамнестичні дані про анкілозуючий спондиліт, ентезитасоційований артрит, сакроілеїт із запальними захворюваннями кишечника, синдром Рейтера або гострий передній увеїт у осіб першого ступеня спорідненості. 6. Недиференційований артрит – артрит, який не відповідає критеріям жодної категорії або відповідає критеріям більш ніж 2 перелічених вище категорій.
Тактика і стратегія лікування ЮІА.	Ексудативна стадія ЮІА ↓ Призначити один з нестероїдних протизапальних препаратів ↓ Через 7-10 днів оцінити місцевий ефект терапії ↓ Через 1 місяць оцінити вплив НСПЗП на активність процесу ↓ Через 6 місяців оцінити вплив НСПЗП на стан кістково-суглобової тканини і перебіг процесу ↓ Через 6 місяців оцінити вплив обраного базисного засобу на динаміку кістково-суглобової деструкції і перебіг процесу

Обладнання: ноутбук, тренажер для аускультації немовля Infant auscultation trainer and smartscope LF01201 W44743 (Інв.№ 101475072), багатоцільовий педіатричний тренажер по догляду (S157) W45178 (Інв.№ 101475075), мультимедійна презентація з теми практичного заняття, учбові відеороліки

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) – непередбачено.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):
 - а) Усне опитування, бесіда, колективне обговорення та дискусія за темою заняття;
 - б) Перелік учбових практичних завдань, які необхідно виконати під час практичних занять: на основі запропонованих клінічних ситуацій, здійснити основні кроки для забезпечення ефективного ведення хворої дитини
 - в) Вирішення клінічного завдання, наприклад:

Задача 1. Хворий 12 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39-40°C, інтенсивний біль в ділянці гомілковостопних суглобів, особливо вночі, ранкову скутість в суглобах, яка зникає у другій половини дня. Об'єктивно: м'які тканини у ділянці обох гомілковостопних суглобів набряклі, на дотик визначається помірна місцева гіпертермія. Активні та пасивні рухи у них обмежені в об'ємі, утруднені, різко болісні. На розгинаючій поверхні обох гомілок пальпуються безболісні, розміром з горошину, спаяні з апоневрозом вузлики. В аналізі крові відмічається лейкопенія, підвищення ШОЕ до 40 мм/год, СРБ++, РФ відсутній, підвищений до 15% зміст α -2-глобулінів. На Р₀-грамі обох

гомільковостопних суглобів – присутні ознаки випоту у порожнину суглоба та ущільнення периартикулярних тканин.

ЗАВДАННЯ: • Сформулюйте нозологічний діагноз • Перелічить показники активності процесу • Яка ступінь процесу відповідає для перерхованих Rö-ознак? • Сформулюйте клінічний діагноз • Призначте патогенетичну терапію.	ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ : 1.Захворювання відноситься до хвороб кістково -м'язової системи та сполучної тканини. 2.Ранкова скутість, гіпертермія, ексудативні зміни, підвищення вмісту гамма- 2-глобулінів, ШОЕ, С-реактивного білка. 3.I стадія . 4.Ювенільний ідіопатичний артрит, суглобова форма (олигоартрит), РФ негативний, середня (II ст.) активність процесу, I стадія артриту, функціональна здатність хворого порушена за станом опорно-рухового апарату. 5.Патогенетична-імуносупресивна терапія. Призначають відразу після верифікації діагнозу і проводять протягом перших 3-х - 6-ти місяців хвороби . Скасувати препарат можна в тому випадку, якщо хворий знаходиться в стані клініко-лабораторної ремісії не менше 1-2 років. При олигоартикулярному варіанті ЮІА ефективний сульфасалазин. Дозування 30-40 мг/кг/доб. Клінічний ефект настає на 4-8 тижні лікування . Починають з дози 125-250 мг/ добу (в залежності від маси тіла дитини). Підвищують дозу під контролем клініко-лабораторних показників по 125 мг в 5-7 днів від розрахункової дози.
---	---

Задача 2. Дівчинка 6 років хворіє на протязі трьох років. Турбують болі в колінних суглобах (в тому числі у спокої), ранкова скутість, яка триває до півгодини, субфебрилітет. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді; зниженого харчування. Колінні суглоби деформовані: шароподібної форми; шкіра над колінними суглобами нормального кольору; пальпаторно над ними визначається помірна місцева гіпертермія. Рухи у колінних суглобах болісні. Об'єм активних та пасивних рухів в них різко обмежений. Хода змінена (хвора пересувається за допомогою милиць). З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Визначається двосторонній увеїт. Rö-грама колінних суглобів виявила наявність таких ознак хвороби: епіфізарний остеопороз, розволокнення хряща, звуження суглобової щілини, поодинокі ерозії. Лабораторні дані: ШОЕ 15 мм/год, СРБ+, РФ негативний, підвищення рівня α -2-глобулінів до 12%.

ЗАВДАННЯ: • Сформулюйте нозологічний діагноз • Перелічить діагностичні критерії даного захворювання • Якому ступеню процесу відповідають перелічені Rö-ознаки? • Сформулюйте клінічний діагноз • Перерахуйте цілі лікування.	ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ : 1.Захворювання відноситься до хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини. 2 . А Клінічні ознаки: • Артрит тривалістю 3 місяці і більше • Артрит другого суглоба, що виник через 3 місяці або пізніше після пошкодження першого суглоба • Симетричне ураження дрібних суглобів • Випіт в порожнину суглоба • Контрактура суглоба • тендосиновіїт або бурсит • М'язова атрофія • Ранкова скутість
--	--

	• Ревматоїдне ураження очей • Ревматоїдні вузлики Б Рентгенологічні ознаки: • Остеопороз, дрібнокістозна перебудова кісткової структури епіфізів • Звуження суглобових щілин, кісткові ерозії, анкілоз суглобів • Порушення росту кісток • Поразка шийного відділу хребта В. Лабораторні ознаки: • Позитивний ідіопатичний фактор • Позитивні дані біопсії синовіальної оболонки 3. II стадія 4. Ювенільний ідіопатичний артрит, суглобова форма з ураженням очей (олігоартрит, увеїт), повільно прогресуючий перебіг, РФ негативний, I ст. активності, II ст. артриту, функціональна здатність порушена (здатність до самообслуговування частково втрачена). 5. Цілі лікування: • Придушення запальної та імунологічної активності процесу • Купірування суглобового синдрому та системних проявів • Збереження функціональної здатності суглоба • Запобігання інвалідизації • Досягнення ремісії • Підвищення якості життя хворого • Мінімізація побічних ефектів терапії
Задача 2. Хлопчику 15 років, хворіє з 3-х літнього віку, коли на тлі субфебрильної температури з'явився поліартрит симетричних суглобів – променевозап'ястних, дрібних суглобів кистей, ліктьових. При кінці першого року хвороби розвинулись структурні зміни у суглобах з формуванням анкілозів у дрібних суглобах зап'ястя. На сьогоднішній день помітно відставання у рості (особливо верхніх кінцівок). Уражені суглоби веретеноподібно деформовані, наявні згинальні контрактури. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Шкіра чиста, бліда. Почуття ранкової скутості зберігається до полудня. Температура тіла коливається від 37,4 до 37,6°C. Лабораторні дані виявляють помірну гіпохромну анемію та незначний нейтрофільний лейкоцитоз до $10 \times 10^3/\text{л}$, прискорення ШОЕ до 15 мм/год, СРБ+, РФ позитивний, підвищений зміст α-2-глобулінів до 12%.	
ЗАВДАННЯ: • Сформулюйте нозологічний діагноз • Що таке паннус? • Охарактеризуйте суглобовий синдром при цьому захворюванні • Сформулюйте клінічний діагноз • Перелічіть показання до перорального прийому	ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ: 1. Захворювання відноситься до хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини. 2. Паннус - це грануляційна тканина, яка складається з проліферуючих фібробластів, лімфоїдних клітин, макрофагів і багата судинами. 3. Характеристика суглобового синдрому: • Симетричність поразки суглоба • Ранкова скутість • Припухлість суглобів • Локальна гіпертермія над ураженим суглобом • Хворобливість при русі і в спокої • Відсутність змін шкіри над ураженим суглобом

глюкокортикоїдів.	• Деформація суглобів • ульнарна девіація • Розвиток контрактур і анкілозів 4.ЮІА, суглобова форма (поліартрит), РФ позитивний, I ст. активності, повільно прогресуючий перебіг, IV ст. артриту, функціональна здатність хворого знижена за станом опорно-рухового апарату (здатність до самообслуговування частково втрачена). 5.Пероральний прийом ГК показаний при неефективності імуносупресивних препаратів, внутрішньо-суглобового і внутрішньовенного введення ГК. Застосування ГК per os в якості препаратів першого ряду для лікування хворих з тяжкими системними і, особливо, з суглобовими варіантами ЮІА, недоцільна. Не рекомендують призначати ГК дітям до 5 -ти років (особливо до 3- х років , а також у препубертантному віці. Призначення ГК може призвести до повної зупинки росту і придушенню пубертантного ростового стрибка . Доза ГК (преднізолон) не повинна перевищувати 0,2-0,5 мг/кг/добу, а добова доза -15 мг .
-------------------	--

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо):

а) Питання до самоконтролю:

1. класифікація ювенільного ідіопатичного артриту, системного червоного вовчака, склеродермії та дерматоміозиту у дітей;
2. критерії діагностики ювенільного ідіопатичного артриту, системного червоного вовчака, склеродермії та дерматоміозиту у дітей;
3. алгоритми лікування дітей з ювенільним ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, склеродермією та дерматоміозитом;
4. класифікація та критерії діагностики вузелкового періартеріїту у дітей;
5. алгоритми лікування дітей з вузелковим періартеріїтом.
6. Принципи профілактики та реабілітації дітей з системними хворобами сполучної тканини та вузелковим періартеріїтом.

б) Орієнтировочна карта для самостійної роботи з літературою

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Вивчити поняття	Дати визначення захворюванням: системна склеродермія, дерматоміозит, ювенільний ідіопатичний артрит, реактивний артрит, системні васкуліти,	Підкреслити, що лежить в основі порушень, які призводять до розвитку дифузних захворювань сполучної тканини.
2	Етіологія	Вказати причини розвитку хвороби.	Відзначити причини розвитку хвороби
3	Патогенез.	Виділити основні ланки патогенезу.	Відзначити, що суттєве значення аутоімунний характер.

4	Клініка.	Надати характеристику клінічних проявів системної склеродермії, дерматоміозиту, ювенільного ідіопатичного артриту, реактивного артриту, системних васкулітів,	Визначити клінічні прояви системної склеродермії, дерматоміозиту, ювенільного ідіопатичного артриту, реактивного артриту, системних васкулітів
5	Диференційний діагноз.	Надати характеристику найбільш частим захворюванням з яким необхідно провести диф. діагноз.	Міо-, перикардити та ІЕ., ВВС тощо.
6	Лікування.	Знати принципи лікування системної склеродермії, дерматоміозиту, ювенільного ідіопатичного артриту, реактивного артриту, системних васкулітів	
7	Профілактика.	Вказати на головні принципи профілактики.	

в) Вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення: письмова робота повинна бути оформлена у письмовому чи печатному варіанті, мати охайний вигляд, на початок треба зазначити дату, тему, № завдання ПІБ виконавця, текст має бути розбірливим, структурованим;

4. Підбиття підсумків: оголошення оцінок за результатами заняття. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину(5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

5. Список рекомендованої літератури:

- основна:

1. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.10.2012 № 832
2. Протоколи діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей: наказ від 19.07.2005 № 362.
3. Педіатрія (кардіологія та нефрологія дитячого віку): Навчальний посібник / Зубаренко О.В., Волосовець О.П., Стоєва Т.В., Кривопустов С.П., Лосєва К.О. – Одеса :Друкарський дім; Друк Південь, 2014. – 512 с.
4. Д 362 Державний формуляр лікарських засобів. Випуск десятий. Київ, 2018 https://moz.gov.ua/uploads/1/5052-dn_20180510_868_dod_2.pdf
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку. Навчальний посібник / під ред. В.М. Дудник, Видання 1-ше. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2017. 560 с.
6. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання: у 2 томах. Том 1. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. XIV, 378 с.
7. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ. видання: у 2 томах. Том 2. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. XIV, 426 с.
8. Невідкладні стани в педіатричній практиці: Навч. посіб. для студ. мед. ЗВО, лікарів-інтернів. — 2-ге вид. Рекомендовано МОН, Рекомендовано вченою радою НМУ ім. О.О. Богомольця / Марушко Ю.В., Шеф Г.Г. та ін. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 440 с.
9. Педіатрія: національний підручник: у 2 т. / За ред. проф. Бережного В.В. Київ, 2013. Т.1. Київ, 2013. 1040 с.

10. Педіатрія: національний підручник: у 2 т. / За ред. проф. Бережного В.В. Київ, 2013. Т.2. Київ, 2013. 1024 с.

- *додаткова:*

1. Педіатрія (кардіологія та нефрологія дитячого віку). – Одеса.- 2014.- С.78-103, 131-146.
2. Марушко Т. В. Ювенільний ідіопатичний артрит. Здоров'я України. 2018. Тематичний номер «Педіатрія» №1 (44). С. 39-41.
3. Марушко Т. В. Ювенільний ідіопатичний артрит. Здоров'я України. 2018. Тематичний номер «Педіатрія» №2 (45). С. 46-49.
4. Бойко Я. Є. Номенклатура та класифікація ювенільного ідіопатичного артрити. Український ревматологічний журнал. 2017. № 1 (67). С. 52-55.
5. Зайцева Є. М. Прогнозування віддалених наслідків ювенільного ідіопатичного артрити. Здоров'я ребенка. 2017. №12(8). С. 904-908.

- *електронні інформаційні ресурси:*

1. <http://moz.gov.ua>— Міністерство охорони здоров'я України
2. www.who.int — Всесвітня організація охорони здоров'я