

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Сиротченко Т.А., зав. кафедрой педиатрии дополнительного профессионального образования и пропедевтики педиатрии ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки», профессор, д.мед.н.

Головченко Н.Н., доцент, к.мед.н., *Сульженко М.Ю.*, доцент, к.мед.н., *Грабарь И.В.*, доцент, к.мед.н.



Болезни костно-мышечной системы, объединенные в XIII классе МКБ-10, рассматриваются во всем мире как одна из самых распространенных патологий современного общества.



Причины артралгий

- ▶ наличие зон роста (боли роста) - ночью; местная отвлекающая терапия
- ▶ малоподвижный образ жизни (физнагрузки, препараты кальция);
- ▶ мочекислый диатез (диета, седативные);
- ▶ незамеченные травмы (конс. травматолога);
- ▶ дисплазия соединительной ткани;
- ▶ препараты вызывающие артралгии (амоксциллин, противосудорожные, гипотензивные препараты, фурадонин, изониазид, антидепрессанты, мерказолил)



Критерии гипермобильности суставов P.Beigton (1983) (более 3 баллов)

- Пассивное разгибание мизинца более 90° ;
(гиперэкстензия всех 5 пальцев)
 - Пассивное сгибание 1-го пальца в сторону предплечья при сгибании в лучезапястном суставе;
 - Переразгибание локтевого сустава свыше 10° ;
 - Переразгибание коленного сустава свыше 10° ;
 - Наклон вперед при фиксированных коленных суставах, при этом ладони достают пола.
-



Синдром гипермобильности суставов



Рекомендации при СДСС

- ▶ Плавание, ЛФК
 - ▶ Общий массаж № 12 – 2 раза в год
 - ▶ Препараты магния 2 месяца – 2 раза в год
 - ▶ Витамин С, группа В, Омега-3
 - ▶ Диета богатая белком, желатин, коллаген. Исключить сахар, простые углеводы.
-



- ▶ **Реактивные артриты (РеА)** - это асептическое воспаление суставов, развивающееся в ответ на внесуставную инфекцию. Для обозначения суставного поражения при РеА в настоящее время пользуются более общим термином **«артропатия»**, под которой понимают любые объективно определяемые нарушения в суставе.
- ▶ Возникают через 2-4 недели после перенесенной инфекции.



Этиология реактивных артритов (РеА)

- ▶ Кишечные инфекции, вирусы, хламидии, микоплазма, иерсинии, бета-гемолитический стрептококк, глистная инвазия и т.д.
 - ▶ У части больных после перенесенного РеА в дальнейшем может рецидивировать олигоартрит, а также развивается хронический артрит, трансформирующийся в ювенильный спондилоартрит (ЮСА), ЮИА. Это зависит от этиологического фактора РеА и от иммунологических особенностей макроорганизма, в частности от наличия HLA B27 антигена.
-



Рабочая классификация РеА

Этиологический признак	Течение	Кол-во пораженных суставов
Постэнтероколитический	Острое (до 2 месяцев) Затяжное (до 1 года) Хроническое (более 1 года) Рецидивирующее (обострение через 6 мес ремиссии)	Моноартрит
Урогенитальный		Олигоартрит (пауциартит)
После носоглоточной инфекции		Полиартрит
После кишечного шунта в анамнезе		
После невыясненных инфекций		
После вакцинации		

План обследования

- ▶ Анализ гинекологического/акушерского анамнеза матери.
- ▶ Анализ анамнеза жизни ребенка (вакцинация, аллергия, хронические заболевания и прием препаратов).
- ▶ Анализ наследственного анамнеза.
- ▶ Анализ анамнеза заболевания (перенесенные заб-я, спорт).
- ▶ Жалобы (боль, скованность, время их максимальных проявлений)
- ▶ Физикальное обследование (все суставы, вид, конфигурация, объем движений, термоактивность).
- ▶ Лабораторные (клин ан крови, острофазовые р-ции) и инструментальные методы обследования (рентген, УЗИ, МРТ).

Вирусные РеА

- ▶ Развиваются на фоне или через 1,5-4 недели после ОРВИ.
 - ▶ У большинства детей артрит развивается остро в виде моно- или олигоартрита и обычно бывает ассиметричным.
 - ▶ Наиболее часто поражаются коленные, голеностопные и тазобедренные суставы.
 - ▶ Длительность артрита в среднем 2-3 недели.
 - ▶ Первично-хронические РеА могут быть вызваны ВЭБ и Коксаки-вирусами на фоне иммунных дефектов.
-

Болезнь Рейтера

Возникает после урогенитальной или кишечной инфекции

Классический синдром Рейтера характеризуется триадой симптомов:

- конъюнктивит;
- уретрит;
- артрит (ниж конечности, 1 палец стопы, талалгии).

Особенности синдрома Рейтера у детей

1. Отсроченность появления во времени всей классической триады.
2. Стертость внесуставных проявлений.
3. Эквивалентом уретрита у *мальчиков* могут быть баланит, инфицированные синехии, фимоз, у *девочек* — вульвовагинит, цистит, лейкоцитурия, микрогематурия.



Развитие *синдрома Рейтера* у детей сопровождается общевоспалительными изменениями:

- ▶ Лихорадкой
 - ▶ Интоксикацией
 - ▶ Повышением лабораторных показателей – СОЭ, СРБ, гамма-глобулинов.
 - ▶ В остром периоде болезни, вызванной *Chlamydia pneumoniae* или микоплазмой дети могут испытывать умеренные боли в различных отделах позвоночника (чаще в поясничной области). У 20% детей развивается сакроилеит (с-м Кушелевского).
-



Тактика применения макролидов у детей

- Азитромицин в 1-й день в дозе 10 мг/кг, со 2-го по 5-й день – 5мг/кг 1 раз в сутки, курс лечения 5-7 дней.
- Кларитромицин 7,5-10 мг/кг/сут (max СД=500мг) в 2 приема в течение 10-14 дней.
- Спирамицин – детям с массой тела более 20кг
1 500 000 ЕД на каждые 10 кг массы в сутки в 2-3 приема в течение 10-14 дней.
- Рокситромицин – 5-8 мг/кг/сут в 2 приема (max СД=300мг) в течение 10-14 дней
- Джозамицин – 30-50 мг/кг/сут в 3 приема в течение 10-14 дней.
- Эффективно 2 курса по 7-10 дней



При энтерогенных артритах

- ▶ Цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут – 5-7 дней
или др. АБ, чувствительные к возбудителю

При носоглоточной инфекции

- ▶ Амоксициллин или цефалоспориновый ряд
– 7-10 дней



Патогенетическая терапия

- ▶ Диета без простых углеводов, Омега-3, вит Д
- ▶ НПВС 10-14 дней:
- ▶ Диклофенак натрия 2-3 мг/кг/сут в 3 приема
- ▶ Нимесулид с 12 лет 2-5 мг/кг/сут в 2 приема
- ▶ Напроксен с 5 лет 10-20 мг/кг/сут в 2 приема
- ▶ Ибупрофен с 3 мес 20 мг/кг/сут в 2-3 приема
- ▶ Местно – гели и мази с НПВС 2 р/день,
компресс с димексидом (1:4-5 с водой) № 5-7
- ▶ Физиотерапия – фонофорез с НПВС,
гидрокортизоном, димексидом, магнит

Причины затяжного и рецидивирующего течения РеА

- ▶ Наличие хронических очагов инфекции
- ▶ РеА вызванные *Chlamydia pneumoniae* и микоплазменной инфекцией.
- ▶ Наличие сопутствующих аллергических и обменных заболеваний.
- ▶ Наличие фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и особенно синдрома гипермобильности суставов.
- ▶ Наличие дефектов в иммунной системе.



*Во всех случаях **моноартрита** диагноз РеА должен быть в качестве диагноза исключения! Моноартикулярное поражение требует в первую очередь дифференциации с туберкулезом, остеомиелитом (сепсисом), онкопатологией.*

Такие признаки, как упорный характер и ночной ритм болевого синдрома, недостаточный ответ на НПВП, отсутствие ультразвуковых признаков артрита, являются показанием к проведению дополнительных методов обследования (МРТ).

Туберкулезное поражение суставов

- ▶ Может вызывать выраженные артралгии.
- ▶ Туберкулезный очаг обычно расположен в области эпифиза или метафиза.
- ▶ Чаще поражаются позвоночник и крупные суставы – тазобедренные и коленные.
- ▶ Начальный период процесса в кости может развиваться без клинических проявлений со стороны сустава.

ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ

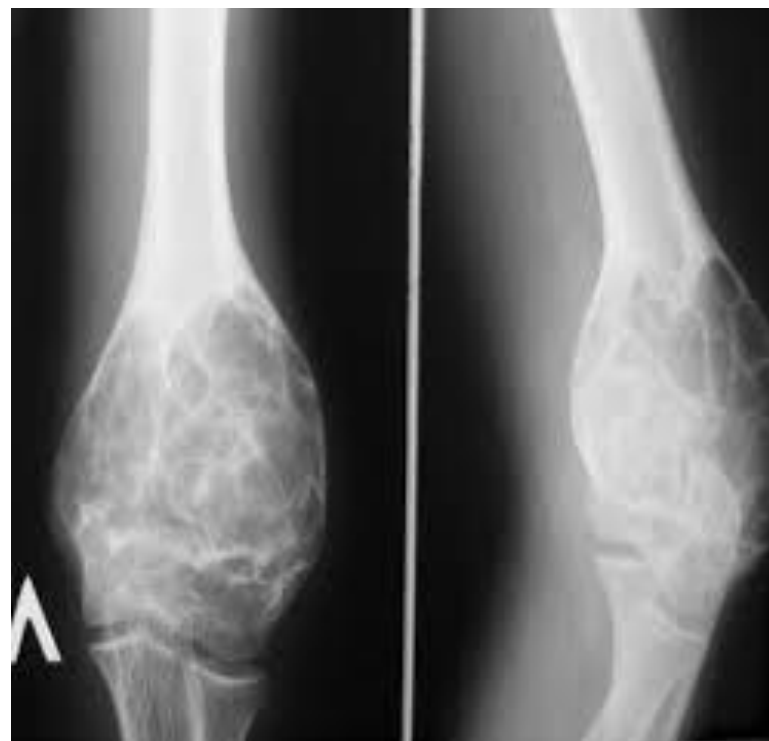


Боли в суставах нередко связаны с *новообразованиями*:

- ▶ Синовиомы – опухоли, исходящие из синовиальной оболочки сустава:
 - ▶ Хондробластомами – чаще всего локализуются в проксимальном эпифизе плечевой и большеберцовой кости.
 - ▶ Остеобластокластомы (миелоидные опухоли) – состоящие из гигантских клеток остеобластов и остеокластов.
-



Хондробластома и Остеобластокластома



Гемофилия

- ▶ Кровоизлияния в суставы с последующей воспалительной реакцией и выпотом.
- ▶ Наиболее часто поражаются коленные суставы, реже – локтевые, голеностопные, а также лучезапястные, плечевые и тазобедренные.
- ▶ Повторные кровоизлияния могут возникать до нескольких раз в месяц, часто после травм, сопровождаются сильными, но непродолжительными болями.
- ▶ При рецидивирующем гемартрозе наблюдается утолщение уплотненной капсулы сустава с неровным фестончатым внутренним контуром, узурация суставных поверхностей, краевая деструкция в местах прикрепления капсулы.

ГЕМАРТРОЗ ПРИ ГЕМОФИЛИИ



Острые лейкозы

- ▶ Артрит может быть первым признаком острого лейкоза.
 - ▶ Вначале отмечаются летучие артралгии с несимметричным поражением суставов.
 - ▶ Затем более выраженные суставные изменения с развитием артритов с резкими постоянными болями, экссудативным компонентом и болевыми контрактурами.
-



- ▶ Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)- это хроническое системное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических суставов по типу симметричного эрозивно-деструктивного полиартрита.
- ▶ Заболеваемость ЮРА составляет от 2 до 16 человек на 100000 детского населения в возрасте до 18 лет. Распространённость ЮРА в разных странах составляет от 0,05 до 0,6%. Пик заболеваемости приходится на возраст от 2 до 5 лет и пубертатный период.

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Клинические признаки:

- Артрит продолжительностью более 3 месяцев
(обязательный признак)
 - Поражение 3 суставов в течение первых 3 недель
болезни
 - Симметричное поражение мелких суставов
 - Поражение шейного отдела позвоночника
 - Выпот в полости сустава
 - Утренняя скованность
 - Тендосиновит или бурсит
 - Ревматоидное поражение глаз
 - Ревматоидные узелки
-



КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

(продолжение)

Рентгенологические признаки:

- Эпифизарный остеопороз
- Сужение суставной щели
- Признаки выпота в полости сустава
- Уплотнение периартикулярных тканей

Лабораторные признаки:

- СОЭ более 35 мм/час
- Положительный ревматоидный фактор
- Положительные данные биопсии синовиальной оболочки







Дополнительное обследование

- ▶ РФ
 - ▶ СРБ
 - ▶ Ат к циклическому цитрулиновому пептиду (anti-CCP)
 - ▶ Ат к модифицированному цитрулинированному виментину (Anti-MCV)
 - ▶ ANA
 - ▶ ЦИК, провоспалительные цитокины
-



Терапия ЮРА

- ▶ Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
- ▶ Глюкокортикоиды (ГК)
- ▶ Иммунодепрессанты (цитостатики, аминохинолиновые производные, салазопиридазин)
- ▶ Биологические агенты, полученные генно-инженерным путем (адалимумаб (Хумира), Этанерцепт (Энбрел), тоцилизумаб (Актемра), Абатацепт (оренсия))



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

