

**Диференційна діагностика  
суглобового синдрому у дітей.  
Ювенільний ревматоїдний артрит,  
реактивні артрити.  
Синдром гіпермобільності суглобів**

***Методичні вказівки до проведення  
аудиторної роботи з дисципліни "Педіатрія"  
для студентів 6-го курсу  
педіатричного факультету***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Диференційна діагностика**  
**суглобового синдрому у дітей.**  
**Ювенільний ревматоїдний артрит,**  
**реактивні артрити.**  
**Синдром гіпермобільності суглобів**

***Методичні вказівки до проведення***  
***аудиторної роботи з дисципліни "Педіатрія"***  
***для студентів 6-го курсу***  
***педіатричного факультету***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 8 від 30.09.2020.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2020**

Диференційна діагностика суглобового синдрому у дітей. Ювенільний ревматоїдний артрит, реактивні артрити. Синдром гіпермобільності суглобів : метод. вказ. до проведення аудиторної роботи з дисципліни "Педіатрія" для студентів 6-го курсу педіатричного ф-ту / упоряд. М. О. Гончарь, Г. С. Сенаторова, О. В. Омельченко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 12 с.

Упорядники    М. О. Гончарь  
                      Г. С. Сенаторова  
                      О. В. Омельченко  
                      І. О. Саніна  
                      Н. В. Коновалова

Кількість годин – 4.

### **Матеріальне та методичне забезпечення теми**

Методичні рекомендації до практичних занять для студентів, мультимедійні презентації, тести, ситуаційні задачі, алгоритми виконання практичних навичок, медичне обладнання для діагностики і лікування порушень ритму та провідності (апарат УЗД, ЕКГ), історії хвороб пацієнтів, лабораторні показники та дані додаткових методів обстеження.

### **Обґрунтування теми**

Артритами у дітей, до яких відносять ювенільний ревматоїдний артрит, реактивні артритами у дітей і підлітків – це серйозна медико-соціальна проблема, пов'язана з високою розповсюдженістю ревматичних захворювань у даному віковому періоді, прогресуючим характером перебігу, раннім розвитком порушень функціональної спроможності опорно-рухового апарату і значною інвалідизацією. За останні роки різко збільшилася кількість хворих із суглобовим синдромом. Актуальність проблеми диференційної діагностики суглобового синдрому обумовлена також і тим, що клінічно схожі ураження суглобів у деяких випадках є дебютом інших, більш небезпечних, системних захворювань сполучної тканини або ревматичних захворювань.

Тому детальне ознайомлення з даною проблемою є актуальним в практиці лікаря-педіатра.

### **Мета заняття**

Загальна: навчитися діагностувати суглобовий синдром у дітей, освоїти основні принципи терапії і профілактики.

### Конкретна:

1. Зібрати анамнез захворювання, сімейний анамнез, анамнез життя.
2. Оглянути хворого з метою збору діагностичної інформації (за схемою, що рекомендується) і записати зібрані дані у зошит (щоденник студента).
3. Проаналізувати результатів додаткових досліджень і зробити висновки щодо них.

### **а) Знати:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості сполучної тканини та опорно-рухового апарату (анатомія, фізіологія, пропедевтична педіатрія).
2. Семіотику уражень опорно-рухового апарату (пропедевтична педіатрія).
3. Фізіологічні та біохімічні аспекти функціонального опорно-рухового апарату (нормальна фізіологія, біологічна хімія).
4. Основні механізми порушень опорно-рухового апарату (патологічна анатомія та патологічна фізіологія).
5. Основні діагностичні критерії суглобового синдрому (педіатрія).

**б) Вміти:**

1. Обстежити хворого (зібрати анамнез, детально з'ясувати питання, які стосуються виявлення чинників ризику, з'ясувати причини суглобового синдрому, основні клінічні ознаки).

2. Оцінити результати лабораторних досліджень (клінічний аналіз крові, протеїнограма, гострофазові показники, РФ, АЦЦП, ANA).

3. Оцінити результати інструментальних та рентгенологічних досліджень (електрокардіограма, ультразвукове дослідження серця та суглобів, холтеровське моніторування ЕКГ, рентгенологічне дослідження суглобів).

4. Зробити висновки щодо основних симптомів захворювання у дитини, яку курирує студент.

5. Призначити лікування на етапі стаціонарного спостереження та динамічного нагляду.

**в) Практичні навички:**

1. Оцінити зовнішній вигляд хворого (стан суглобового апарату).

2. Визначити межі серцевої тупості, провести аускультацию серця, оцінити діагностичне значення симптомів, провести огляд суглобів за шкалою рGALS.

3. Проаналізувати дані електрокардіограми, ХМЕКГ, ультразвукового дослідження серця, рентгенограму органів грудної клітки.

**Графологічна структура теми (див. додаток).**

**Орієнтована карта роботи студентів:**

а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого; збір анамнезу хвороби та оцінка анамнестичних даних (строки появи симптомів, ступінь серцевої недостатності); оцінка клінічних проявів захворювання у пацієнта (колір шкіри, слизових оболонок, участь допоміжної мускулатури в акті дихання, пульсація судин);

б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз; оцінка загальних і біохімічних аналізів крові, електрокардіографії, ультразвукового дослідження серця, рентгенологічного дослідження грудної клітки, ХМЕКГ;

в) призначення лікування; виписування рецептів (знання механізму дії ліків); виписати рецепт на наступні препарати: метотрексат, преднізолон, диклофенак, фолієва кислота;

г) визначення прогнозу та працездатності хворого;

д) визначення групи інвалідності;

є) профілактика захворювання.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту (діагноз, лікування та ін.).

Це враховується при визначенні ступеня засвоєння матеріалу та визначенні оцінки по темі.

### **Завдання для самостійної роботи**

Питання, що підлягають вивченню

1. Сучасні погляди на етіологію і патогенез артритів у дітей (ЮРА, реактивних артритів).
2. Класифікація хронічних артритів (ювенільного ревматоїдного артриту, реактивних артритів) у дітей.
3. Основні клінічні синдроми хронічних артритів (ювенільного ревматоїдного артриту, реактивних артритів) у дітей.
4. Диференційна діагностика хронічних артритів.
5. Лабораторно-інструментальна діагностика хронічних артритів.
6. Сучасні підходи до лікування хронічних артритів.
7. Принципи диспансерного нагляду за хворими з хронічними артритами (ЮРА, реактивних артритів) у дітей.

Завдання, які необхідно виконати: провести курацію хворої дитини, встановити діагноз, скласти план обстеження, призначити лікування та визначити профілактичні заходи для запобігання ускладненням або прогресуванню захворювання.

### **Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань**

1. У дитини 10 років скарги на біль і припухлість правого і лівого колінних суглобів, через два дні відмічено біль і припухлість гомілковостопних суглобів, кільцеподібна висипка, підвищена температура тіла. Біль у суглобах виник одразу після ГРВІ, температура тіла – 38 °С. Обидва колінні і гомілковостопні суглоби набрякли, гіперемовані. Межі серця не розширені. Серцевий поштовх локалізований. Тони серця незмінені, функціонального характеру, систолічний шум на верхівці серця.

1. Попередній діагноз?
2. Які методи дослідження дозволять підтвердити діагноз?

#### Відповідь

1. Ревматизм, ревматичний міокардит, поліартрит.
  2. Клінічний аналіз крові (лейкоцитоз, прискорення ШОЕ), гострофазові показники (підвищення рівня СРБ, гаптоглобіну, сіалових кислот), підвищення АСЛО.
2. У дівчинки 15 років спостерігається підвищення температури тіла, біль у суглобах, висип на шкірі, схуднення протягом 2 тиж після перебування на морі. На обличчі і грудях еритематозний висип неправильної форми. На долонях та у ділянці подушечок пальців капілярити. Суглоби не змінені. Печінка нижча за реброву дугу на 2 см. Аналіз крові: ер. – 3,0 г/л, Нб – 100 г/л, лейк. – 3,5 г/л, ШОЕ – 70 мм/год. Ан. сечі: білок – 0,9 г/л, лейк. – 8–10 у п/з, ер. – 30 у п/з.
1. Попередній діагноз.
  2. Які методи дослідження дозволять підтвердити діагноз?

Відповідь

1. Системний червоний вовчак.
2. LE-клітини, ANA, ANCA.

**3.** У 12-річної дівчинки скарги на біль і припухлість гомілковостопних суглобів, що виникли 7 тиж тому після перенесеної інфекції. При огляді звертає на себе увагу дефігурація вказаних суглобів.

1. Попередній діагноз?
2. Які методи дослідження дозволять підтвердити діагноз?
3. Яка подальша лікувальна тактика?

Відповідь

1. Ювенільний ідіопатичний артрит.
2. Визначення РФ, АЦЦП.
3. Призначення нестероїдної протизапальної терапії та метотрексату.

## Література

### Основна

1. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis. Arthritis Care & Research Vol. 71, No. 6, June 2019, pp 717–734.

2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.10.2012 № 832.

3. Волосовець О. П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / О. П. Волосовець, В. М. Савво, С. П. Кривоустов. – Харків : ТНЦ, 2006 – 256 с.

4. Шабалов Н. П. Детские болезни: учебник : в 2 т. / Н. П. Шабалов. – 5-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – Т. I. – 832 с.; Т. II – 736 с.

5. Кардиология и ревматология детского возраста / под ред. Г. А. Самсыгиной, М. Ю. Щербаковой. – Москва: Медпрактика-М, 2004. – Т. III. – С. 479–493.

6. Вибрані питання дитячої кардіоревматології : навч. посібник / за ред. О. П. Волосовця, В. М. Савво, С. П. Кривоустова. – Київ : НМУ, 2006. – С. 197–222.

7. Майданник В. Г. Педиатрия : учебник / В. Г. Майданник. – 2-е изд., испр. и доп. – Харьков : Фолио, 2002. – С. 382–415.

8. Ревматология детского возраста / под общ. ред. Е. В. Прохорова, А. П. Волосовца. – Донецк : Регина, 2006. – С. 50–96.

9. Тяжка О. В. Педиатрия : підручник / О. В. Тяжка. – 3-е вид. – Вінниця : Нова Книга, 2009. – 1135 с.

10. Клінічні лекції кафедри.

### Додаткова:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19.07.2005 № 362 "Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей".

2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит. Наказ МОЗ України 22.10.2012. № 832.

3. Белоконь Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей : в 2 т. / Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. – Москва : Медицина, 1987. – 928 с.



## Графологічна структура теми "Диференційний діагноз проявів артритів у дітей"

### Діагностичні критерії ЮРА

- Артрит, що продовжується понад 6 тиж
- Артрит 2-го суглоба через 3 міс та пізніше
- Симетричність ураження дрібних суглобів
- Контрактура
- Теносиновіт або бурсит
- М'язова атрофія
- Ранкова скутість
- Ревматоїдне ураження очей
- Ревматоїдні вузлики
- Випіт у порожнину суглоба
- Rò: остеопороз
- Rò: звуження суглобових щілин, кісткові ерозії, анкілоз суглоба
- Rò: порушення росту кісток
- Rò: ураження шийного відділу хребта
- Позитивні дані біопсії синовіальної оболонки
- Системний артрит:
  1. Артрит одного і більше суглобів.
  2. Гарячка тривалістю понад 2 тиж разом з одною і більше ознаками:
    - короткотривале, нефіксоване еритематозне висипання;
    - генералізоване збільшення лімфатичних вузлів;
    - гепато- і спленомегалія;
    - серозити

### Діагностичні критерії синдрому Рейтера

- Початок через 2–4 тиж після кишкової інфекції або зараження хламідіозом, ієрсиніозом, уреоплазмозом, мікоплазмозом
- Кон'юнктивіт, уретрит
- Артрит:
  - асиметричний, оліго- і поліартрит;
  - переважно залучення суглобів ніг (колінні, гомілково-стопні, плесно-фалангові, міжфалангові суглоби пальців стоп; типове ураження I пальця стопи);
  - тривала відсутність деструкції, незважаючи на рецидивуючі синовії;
  - збільшення кількості уражених суглобів, симетричний артрит із залученням суглобів верхніх кінцівок та хребта через 6–12 міс
- Теносиновіт, бурсит, ахіллубурсит
- Біль у п'ятах
- Біль, скутість, обмеження рухливості у шийному та поперековому відділу хребта та ілеосакральному сполученні
- Кератодермія долоней та стоп
- **Ураження серця:** міокардит, ураження аортального клапана
- **Rò:** п'яткові шпори, асиметричні, саркоїлеїт
- **A/m** до хламідій або інших мікроорганізмів

### Діагностичні критерії серонегативних спондилоартропатій

- Біль запального характеру у хребті
- Артрит: асиметричний, переважно нижніх кінцівок

### Додаткові критерії

- Сімейний анамнез (анкілозуючий спондиліт, псоріаз, РеА, хвороба Крона, НВК)
- Псоріаз при огляді або в анамнезі
- Запальне захворювання кишечника
- Уретрит, цервіцит, гостра діарея, що з'явилася за 1 міс до початку артрити
- Біль попеременно в правій або лівій сідничній ділянці
- Біль у п'ятах
- Саркоїлеїт

*(Класифікаційні критерії Європейської групи з вивчення спондилоартропатій)*

## Перелік лікарських засобів

Ібупрофен (Ibuprofen)*	Розчин для перорального застосування: 200 мг/5 мл; таблетки 200 мг; 400 мг; 600 мг *Не призначати дітям до 3 міс
Парацетамол (Paracetamol)*	Розчин для перорального застосування: 120 мг/5 мл. Супозиторії: 100 мг. Таблетки : 100 мг – 500 мг. *Не рекомендується для протизапального застосування без поради лікаря
Амоксицилін (Amoxicillin)	Порошок для приготування розчину для перорального застосування (у вигляді тригідрату): 125 мг/5 мл; 250 мг/5 мл [д]. Тверда пероральна лікарська форма: 250 мг; 500 мг (у вигляді тригідрату)
Амоксицилін + Клавуланова кислота (Amoxicillin + Clavulanic acid)	Розчин для перорального застосування: 125 мг амоксициліну + 31,25 мг клавуланової к-ти / 5 мл і 250 мг амоксициліну + 62,5 мг клавуланової к-ти / 5 мл [д]. Таблетки: 500 мг (у вигляді тригідрату) + 125 мг (у вигляді калієвої солі)
Цефтріаксон (Ceftriaxone) *	Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 250 мг; 1 г (у вигляді натрієвої солі) у флаконі. *Не призначати з кальцієм і уникати у ново народжених з гіпербілірубінемією. Для новонароджених >41 тиж гестаційного віку
Іміпенем + Циластатин (Imipenem + Cilastatin)*	Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 250 мг (у вигляді моногідрату) + 250 мг (у вигляді натрієвої солі); 500 мг (у вигляді моногідрату) + 500 мг (у вигляді натрієвої солі) у флаконах. *Застосовувати лише для лікування лікарняних інфекцій, що загрожують життю, через підозрювану або доведену інфекцію, резистентну до комбінованої терапії. Меропенем показаний для лікування менінгіту та дозволений для використання у дітей віком старше 3 міс
Азитроміцин (Azithromycin)*	Капсули: 250 мг; 500 мг (безводний). Розчин для перорального застосування: 200 мг/5 мл. *Тільки для лікування одноразовою дозою статевого хламідіозу та трахоми
Кларитроміцин (Clarithromycin)	Тверда пероральна лікарська форма: 500 мг
Ванкоміцин (Vancomycin)	Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 250 мг (гідрохлорид) у флаконі. Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 500 мг (гідрохлорид) у флаконі. Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 1000 мг (гідрохлорид) у флаконі
Амікацин (Amikacin)	Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 500 мг; 1 г (у вигляді сульфату). Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 100 мг
Ацикловір (Aciclovir)	Порошок для приготування розчину для інфузій: 250 мг (у вигляді натрієвої солі) у флаконі. Таблетки: 200 мг. Розчин для перорального застосування: 250 мг/5 мл

Азатиоприн (Azathioprine)	Порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 100 мг (у вигляді натрієвої солі) у флаконах. Таблетки: 50 мг
Циклоспорин (Cyclosporin)	Капсули: 25 мг. Концентрат приготування для розчину для ін'єкцій: 50 мг/мл по 1 мл в ампулах для трансплантації органів
Метотрексат (Methotrexate)	Розчин для ін'єкцій: по 5 мл (50 мг) у фл. Таблетки: 2,5 мг/табл (натрієва сіль)
Гепарин натрій (Heparin sodium)	Розчин для ін'єкцій: 5000 МО/мл по 1 мл в ампулах. Розчин для ін'єкцій: 1000 МО/мл по 1 мл в ампулах; 20000 МО/мл по 1 мл в ампулі
Варфарин (Warfarin)	Таблетки: 0,5 мг, 1 мг, 2 мг, 5 мг (натрієва сіль)
Бісопролол (Bisoprolol)*	Таблетки: 1,25 мг ; 5 мг. *В тому числі метопролол та карведілол як альтернатива
Верапаміл (Verapamil)	Таблетки: 40 мг; 80 мг (гідрохлорид)
Дигоксин (Digoxin)	Розчин для ін'єкцій: 250 мкг/мл по 2 мл в ампулах. Таблетки: 0,25 мг. Розчин для перорального застосування: 50 мкг/мл. Таблетки: 62,5 мкг, 250 мкг
Епінефрин	Розчин для ін'єкцій: 100 мкг/мл (у вигляді тартрату або гідрохлориду) по 10 мл в ампулі
Лідокаїн (Lidocaine)	Розчин для ін'єкцій: 20 мг (гідрохлорид)/мл по 5 мл в ампулах
Аміодарон (Amiodarone)	Розчин для ін'єкцій: 50 мг/мл по 3 мл в ампулах (гідрохлорид). Таблетки: 100 мг, 200 мг, 400 мг (гідрохлорид)
Еналаприл (Enalapril)	Таблетки: 2,5 мг; 5 мг (у вигляді малеату водню)
Фуросемід (Furosemide)	Розчин для ін'єкцій: 10 мг/мл по 2 мл в ампулі. Розчин для перорального застосування: 20 мг/5 мл [д]. Таблетки: 40 мг
Спіронолактон (Spironolactone)	Таблетки: 25 мг
Допамін (Dopamine)	Розчин для ін'єкцій: 40 мг/мл (гідрохлорид) по 5 мл в ампулі
Дексаметазон (Dexamethasone)	Розчин для ін'єкцій: 4 мг/мл по 1 мл в ампулі (у вигляді динатрієвої солі фосфату). Розчин для перорального застосування: 0,5 мг/5 мл; 2 мг/5 мл. Тверда пероральна лікарська форма: 0,5 мг; 0,75 мг; 1,5 мг; 4 мг



*Навчальне видання*

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА  
СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ.  
ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ,  
РЕАКТИВНІ АРТРИТИ.  
СИНДРОМ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ**

***Методичні вказівки  
до проведення аудиторної роботи  
з дисципліни "Педіатрія"  
для студентів 6-го курсу  
педіатричного факультету***

Упорядники    Гончарь Маргарита Олександрівна  
                  Сенаторова Ганна Сергіївна  
                  Омельченко Олена Володимирівна  
                  Саніна Ірина Олександрівна  
                  Коновалова Наталя Вікторівна

Відповідальний за випуск    М. О. Гончарь



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 0,8. Зам. № 20-34016.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.