

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

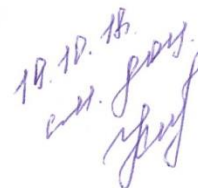
Проверила: дмн., проф., Емельянчик Е. Ю.

Реферат

«Дифференциальная диагностика артритов у детей»



Выполнила: врач-ординатор Клепикова О. Е.



Красноярск 2018г.

Оглавление:

1. Общая информация.....	3
2. Дифференциальная диагностика артритов.....	4
3. Заключение.....	10
4. Библиографический список.....	11

1.Общая информация.

АРТРИТЫ (arthritis, единственное число; греческий arthron сустав + -itis) — воспалительные заболевания суставов. Термин «артрит», введенный еще Гиппократом, в последующие столетия использовали для обозначения любой суставной патологии. Начиная с 16 века стали постепенно выделять отдельные нозологические формы артритов.

Так, Байю (G. de Baillou) выделил среди артритов ревматизм. В 17 веке Сиденгам (T. Sydenham) описал как самостоятельные нозологические формы подагру и ревматоидный артрит. Несколько десятилетий спустя инфекционные специфические артриты были объединены Бушаром (C. J. Bouchard) под общим названием «инфекционный псевдоревматизм». В 19 веке Мюллер (F. Müller), сделав первую попытку классифицировать патологию суставов, четко отграничил воспалительные заболевания суставов (артриты) от дистрофических (артрозов). Это подразделение сохраняет свое значение и по настоящее время.

Согласно отечественной рабочей классификации, принятой первым Всесоюзным съездом ревматологов в 1971 году, выделяют две основные группы артритов: 1) артриты — самостоятельные нозологические формы; 2) артриты, связанные с другими заболеваниями.

К самостоятельным нозологическим формам относятся: ревматоидный артрит, ревматический полиартрит (болезнь Сокольского—Буйо), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), инфекционные специфические артриты (гонорейный, туберкулезный, дизентерийный, вирусный и др.), инфекционно-аллергический полиартрит (включая палиндромный ревматизм и перемежающуюся водянку сустава), псориатический полиартрит, болезнь Рейтера.

К артритам при других заболеваниях отнесены: артриты при аллергических заболеваниях, диффузных заболеваниях соединительной ткани, метаболических нарушениях (подагра и др.), заболеваниях легких, крови, пищеварительного тракта, саркоидозе, злокачественных опухолях и некоторых синдромных заболеваниях.

Кроме двух основных групп, в отдельную группу выделены травматические артриты (вследствие особенностей их возникновения и лечения).

В последние годы уточнена нозологическая принадлежность многих форм суставной патологии. В частности, установлено, что так называемый

обменный полиартрит, климактерический и микротравматический артриты по своей сущности являются не воспалительными, а дистрофическими заболеваниями суставов и должны быть отнесены не к артритам, а к деформирующему остеоартрозу.

2.Дифференциальная диагностика артритов

Реактивный артрит – это асептическое воспаление суставов, развивающееся в ответ на внесуставную кишечную и урогенитальную инфекцию, часто ассоциированное с HLA- B27.

Реактивный артрит:

- урогенитальный;
- постэнтероколитический.

Основные критерии:

1. Артрит, имеющий 2 из 3 следующих признаков:

- асимметричный
- моно- или олигоартрит
- поражение суставов нижних конечностей

2. Предшествующая инфекция, сопровождавшаяся 1 из 2 перечисленных признаков:

- энтерит (определяется как эпизод диареи продолжительностью не менее 1 дня, развившийся в сроки от 3 дней до 6 нед до начала артрита)
- уретрит (определяется как эпизод дизурии или выделений из уретры или влагалища продолжительностью не менее 1 дня развившийся в сроки от 3-х дней до 6 нед до начала артрита).

Дополнительные критерии(По меньшей мере один из перечисленных):

1. Данные лабораторных исследований признаков, подтверждающие инфекцию:

- положительная лигазная реакция мочи или соскоб из уретры/шейки матки (влагалища) на *C. trachomatis*

- положительное бактериологическое исследование фекалий на артритагенные кишечные инфекции.

2. Данные, подтверждающие наличие инфекции в синовиальной оболочке (иммуногистологическое исследование или ПЦР на Chlamydia).

Ювенильный артрит (ЮА) — артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов.

Ювенильный ревматоидный артрит, серопозитивный, (Классификация ILAR Полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит серопозитивный)

- Развивается у детей в возрасте от 8 до 15 лет.
- Чаще болеют девочки (80 %). Этот вариант является ревматоидным артритом взрослых с ранним началом.
- Начало подострое.
- Суставной синдром:
 - симметричный полиартрит с поражением коленных, лучезапястных, голеностопных, а также мелких суставов кистей и стоп;
 - структурные изменения в суставах могут развиваться в течение первых 6 мес болезни с возможным формированием анкилозов в костях запястья уже к концу 1-го года болезни в случае неадекватной терапии;
 - у 50 % пациентов развивается деструктивный артрит.
- Лабораторные исследования:
 - Клинический анализ крови: гипохромная анемия, невыраженный нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.
 - Иммунологический и иммуногенетический анализы крови может быть положительным антинуклеарный фактор (АНФ) в сыворотке крови, РФ положительный. Повышена сывороточная концентрация IgM, IgG, СРБ. Часто определяется HLA DR4.

Ювенильный полиартрит, серонегативный, (Классификация ILAR Полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит серонегативный)

Развивается у детей в возрасте от 1 года до 15 лет.

- Чаще болеют девочки (90 %).
- Начало — подострое, хроническое.
- Суставной синдром:

— симметричное поражение крупных и мелких суставов, включая височно-челюстные сочленения и шейный отдел позвоночника;

— течение артрита у большинства больных относительно доброкачественное;

— у 10 % пациентов развиваются тяжелые деструктивные изменения, в основном в тазобедренных и челюстно-височных суставах.

- Имеется риск развития увеита в случае дебюта в раннем возрасте.
- В ряде случаев (при начале в раннем возрасте) заболевание сопровождается субфебрильной температурой и лимфаденопатией.
- Лабораторные исследования:

— Клинический анализ крови гипохромная анемия, невыраженный нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

— Иммунологический и иммуногенетический анализы крови может быть положительным АНФ в сыворотке крови, РФ отрицательный. Повышена сывороточная концентрация IgM, IgG, СРБ.

Псориатический артрит, (Классификация ILAR Псориатический артрит):

Средний возраст дебюта — 6 лет.

- Чаще болеют девочки, чем мальчики (2:1).
- Часто встречаются случаи псориаза у родственников.
- Суставной синдром:
 - чаще асимметричный олигоартрит мелких и средних суставов предшествует появлению псориатических высыпаний в 33–67 % случаев;
 - дактилит.
- Асимптомный увеит у 20 %.
- Псориатические высыпания.

- Поражение ногтей по типу «наперстка», онихолизис.
- Лабораторные исследования:
 - Клинический анализ крови гипохромная анемия, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение СОЭ.
 - Иммунологический и иммуногенетический анализы крови РФ отрицательный, АНФ в сыворотке крови положительный. Повышена сывороточная концентрация СРБ.

Артрит, ассоциированный с энтезитом (Классификация ILAR):

- Развивается у детей старше 8 лет, чаще у подростков.
- Чаще болеют мальчики, чем девочки (9:1).
- Возможно наличие системных проявлений болезни (лихорадка, потеря массы тела).
- Суставной синдром:
 - асимметричный олиго- или полиартрит преимущественно суставов нижних конечностей;
 - энтезиты в области стоп и коленных суставов, реже в области таза;
 - поражение илеосакральных сочленений;
 - энтезопатии и ригидность поясничного и грудного отделов позвоночника.
- Имеется риск развития увеита.
- Лабораторные исследования:
 - Клинический анализ крови гипохромная анемия, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение СОЭ.
 - Иммунологический и иммуногенетический анализы крови РФ отрицательный, АНФ в сыворотке крови отрицательный. Повышена сывороточная концентрация IgM, IgG, СРБ. Наличие HLA B27 у 90% пациентов.

Пауциартикулярный ювенильный артрит, (Классификация ILAR Олигоартикулярный ювенильный идиопатический артрит персистирующий):

- Развивается у детей в возрасте от 1 года до 6 лет.
- Встречается преимущественно у девочек (85 %).
- Суставной синдром:
 - поражаются коленные, голеностопные, локтевые, лучезапястные суставы;
 - часто поражение асимметричное;
 - у 40 % больных течение суставного синдрома агрессивное, с развитием деструкции в суставах.
- Иридоциклит — у 30–50 % больных.
- Лабораторные исследования:
 - Клинический анализ крови могут выявляться типичные для ЮА воспалительные изменения гематологических показателей. У некоторых больных лабораторные показатели остаются в пределах нормы.
 - Иммунологический и иммуногенетический анализы крови у 80 % больных выявляется положительный АНФ в сыворотке крови, РФ отрицательный, высокая частота обнаружения HLA A2.

Септический артрит:

- Начинается остро.
- Чаще протекает как моноартрит, с выраженной интоксикацией, повышением температуры.
- Повышение острофазовых показателей воспаления.

Вирусный артрит:

- Суставной синдром кратковременный, полностью обратим.
- Встречается при остром вирусном гепатите, краснухе, эпидемическом паротите, инфекционном мононуклеозе и др.

Геморрагический васкулит (Болезнь Шенлейна – Геноха):

- Артралгии или артрит.
- Суставной синдром нестойкий.

-Полиморфная, преимущественно геморрагическая сыпь на нижних конечностях, крупных суставах, ягодицах.

-Сочетается с абдоминальным и почечным синдромом.

Туберкулез суставов:

-Выраженные артралгии.

-Поражение позвоночника.

-Односторонний коксит, гонит.

-Диффузный остеопароз, краевые дефекты костей, редко ограниченная костная полость с наличием секвестров.

-Разрушение суставных концов костей, их смещение и подвывихи.

-Положительные туберкулиновые пробы.

Гемофилия:

-Кровоизлияния в суставы с последующей воспалительной реакцией и выпотом.

-Поражаются коленные суставы, реже локтевые, голеностопные, лучезапястные, плечевые, тазобедренные.

-Начинается в раннем детском возрасте.

Болезнь Лайма (системный клещевой боррелиоз):

-Моно-, олиго-, симметричный полиартрит.

-Возможное развитие эрозий хряща и костей.

-Сочетается с клещевой эритемой, поражением нервной системы, сердца.

Системная красная волчанка:

-Начальный период болезни полиартралгии летучего характера и несимметричное поражение суставов.

-Разгар болезни симметричное поражение суставов, не сопровождающееся эрозиями и стойкими деформациями, утренней скованностью.

- Наличие типичной эритемы лица, полисерозита (чаще плеврита), нефрита, поражение ЦНС.

-Лейкопения, тромбоцитопения.

-Положительный волчаночный антикоагулянт, АНФ, антитела к ДНК, антифосфолипидные антитела.

Заключение.

Патологоанатомические изменения при артритах определяются его особенностями и зависят от остроты и продолжительности процесса, а также от глубины поражения. В воспалительный процесс могут быть вовлечены все элементы, формирующие сустав (кости, хрящи, синовиальные оболочки, связки, суставная жидкость и т. п.).

Важную роль в диагностике артритов играет анамнез. Он помогает выяснить, носят ли изменения в суставе воспалительный характер, и является ли данный артрит основным заболеванием или связан с наличием другого патологического процесса.

Воспалительный характер заболевания определяется при физикальном исследовании сустава (местная припухлость, болезненность при пальпации, изменение кожной температуры, наличие выпота, уплотнение мягких тканей).

В связи с большой склонностью к хроническому течению артритов часто приводят к утрате трудоспособности. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, 3.1% общей инвалидности обусловлено хроническими артритами.

Библиографический список:

1. Педиатрия: национальное руководство //под ред. Акад. РАН и РАМН А. А. Баранова.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Клинические рекомендации: Юношеский артрит с системным началом, 2017 год.
3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с реактивным артритом, 2015 год.
4. Кундер Е. В. Реактивный артрит// Журнал Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2015 год.
5. Мешков А.П. Диагностика и лечение болезней суставов. - Н. Новгород: НГМА, 2003. - 176 с.
6. Ковалев Ю. Н., Молочков В. А., Петрова М. С. Болезнь Рейтера. - М.: Гэотар-медицина, 2006.
7. Журнал Педиатрическая фармакология, 2014 год стр.44-50. Авторы И.П. Никишина, С.В. Арсеньева, Д.Л. Алексеев, А.В. Смирнов «Пауциартикулярный юношеский артрит с АНФ-ассоциированным увеитом: клиническое наблюдение семейного случая у матери и дочери с исходом в анкилозирующий спондилит у матери» .
8. Журнал Современная ревматология, 2016 год стр 71-69. Авторы Злобина Т.И., Мельникова А.А., Калягин А. Н. «Поражение суставов при сифилисе».
9. Юсупова Л. А., Филатова М. А. Современное состояние проблемы псориатического артрита // Практическая медицина. 2013. № 3. С. 24–28.

