

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" МЗ РФ
Кафедра педиатрии ИПО

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

Проверил: д.м.н., проф. Емельянчик Е.Ю.

Реферат

На тему: «Дифференциальная диагностика артритов у детей»

Выполнила:

врач-ординатор Волкова В.В.

В.В. Волкова
11.06.19
Е.Ю. Емельянчик

Красноярск, 2019 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" МЗ РФ
Кафедра педиатрии ИПО

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

Проверил: д.м.н., проф. Емельянчик Е.Ю.

Реферат

На тему: «Дифференциальная диагностика артритов у детей»

Выполнила:
врач-ординатор Волкова В.В.

Красноярск, 2019 г.

Содержание

1. Список сокращений.....	3
2. Введение.....	4
3. Дифференциальная диагностика.....	4
4. Заключение.....	12
5. Список литературы.....	13

Список сокращений

ЦМВ - цитомегаловирус	АТ - антитела
ВЭБ – вирус Эпштейн-Барр	АГ - антиген
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека	АЦЦП - антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
ВГС – вирус гепатита С	АНФ – антинуклеарный фактор
ВГВ – вирус гепатита В	АНЦА - антинейтрофильные цитоплазматические антитела
ЮИА – ювенильный идиопатический артрит	ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
СКВ – системная красная волчанка	РНГА –реакция непрямой гемагглютинации
РФ – ревматоидный фактор	ПЦР – полимеразная цепная реакция
ЮАС - ювенильный анкилозирующий спондилоартрит	ИФА – иммуноферментный анализ
АЛТ - аланинаминотрансфераза	ЭКГ - электрокардиограмма
АСТ - аспаргатаминотрансфераза	Эхо-КГ - эхокардиография
ЩФ – щелочная фосфатаза	УЗИ – ультразвуковое исследование
ЛДГ – лактатдегидрогеназа	ОБП – органы брюшной полости
СРБ – С-реактивный белок	
СОЭ – скорость оседания эритроцитов	

Введение

Ребенок с полиартритом - это всегда вызов для врача-педиатра. Полиартрит может быть клиническим проявлением различных заболеваний, соответственно, дифференциальный диагноз очень широк. Причиной может быть непосредственно инфекционный агент или косвенно опосредованно через иммунные механизмы, может быть компонентом процесса системного заболевания или иметь идиопатическую природу. Заболевание может представлять собой как доброкачественную самоограниченную болезнь, не требующую особого лечения, но также возможно развитие серьезного инвалидизирующего состояния. В то время как в одной ситуации возможно предварительно предположить диагноз с самого начала, в другой – болезнь постепенно развивается в течение определенного периода времени и круг дифференциальной диагностики достаточно широк.

Дифференциальная диагностика

Наиболее важными аспектами выявления причинного фактора являются полный анамнез и объемное клиническое обследование. Соответствующее лабораторное исследование значительно облегчает диагностику, но часто может ввести в заблуждение лечащего врача. Необходим четкий алгоритм в диагностике артритов в детском возрасте, чтобы достаточно быстро определиться с тактикой ведения пациента.

Выявление причины полиартрита (Таблица 1) может изначально быть трудным для врача без клинического опыта. Тем не менее, клинические признаки, демография пациентов, хронология заболеваний, характер воспалительного процесса и прогрессирования заболевания и наличие внесуставных проявлений помогают сузить диагностику.

Таблица 1. Этиология артритов у детей.

Этиология	Провоцирующие агенты
Вирусная	Парвовирус В19, энтеровирусы, аденовирусы, паротит, краснуха, ветряная оспа, гепатит В, вирус Коксаки, ЦМВ, ВЭБ, ВИЧ
Бактериальная	Стафилококковые и стрептококковые инфекции, гонорея, гемофильная палочка

Специфические инфекционные агенты	Туберкулез, лептоспироз, бруцеллез
Реактивные артриты	ВИЧ, стрептококковые инфекции группы А, сальмонеллез, шигеллез, иерсиниоз, кампилобактериоз, микоплазмоз, хламидиоз
Ревматологические	Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), системная красная волчанка (СКВ), ювенильный дерматомиозит (ЮД), синдром Бехчета
Системные васкулиты	Пурпура Шенлейн-Геноха, болезнь Кавасаки, гранулематоз Вегенера
Спондилоартропатии	Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит,
Другие причины	Саркоидоз, реакции на лекарственную/сывороточную болезнь

Ключ к диагностике в начале заболевания может дать возраст и пол ребенка. Полиартикулярный ЮИА (РФ-), Болезнь Кавасаки и пурпура Шенлейн-Геноха обычно дебютируют в раннем детстве. В раннем школьном периоде чаще дебютируют псориатический артрит и ювенильный дерматомиозит, а в позднем периоде детства и в раннем подростковом возрасте - ювенильный анкилозирующий спондилоартрит и СКВ. Полиартикулярный ЮИА (РФ+), имитирующий клинически профиль взрослого варианта РА, как правило, представлен только после возраста 10 лет. Такие расстройства, как подагра и отложение кристаллов, крайне редко встречаются у детей.

В то время как многие ревматологические расстройства чаще встречаются среди девочек (СКВ, ЮИА), есть другие (например, болезнь Кавасаки, спондилоартропатии), которые чаще встречаются в большинстве случаев у мальчиков.

Не менее важным является характер начала болезни и ее продолжительности. В то время как некоторые артриты могут иметь острое начало (например, вирусный/бактериальный артрит и артрит, связанный с системным васкулитом), другие могут иметь подострое или хроническое течение (ЮИА, саркоидоз). Полиартрит продолжительностью менее 6 недель проявляется при инфекционном поражении, ревматической лихорадке

Часто патологические изменения при артритах не ограничиваются суставами, а охватывают самые разнообразные системы организма, особенно при заболевании лиц молодого возраста или подростков (Таблица 2). Некоторые внесуставные проявления являются характерными для конкретного заболевания, что сужает клинический поиск. Ранние проявления ЮИА может быть трудно отличить от артрита при СКВ, дерматомиозите или других системных заболеваний соединительной ткани. В отличие от ЮИА, эти расстройства обычно характеризуются наличием других системных особенностей, таких как сыпь, сухость во рту и сухость глаз, миозит или нефрит, а также различными серологическими маркерами, не наблюдающихся при ЮИА. Кроме того, относительные реакции, такие как СОЭ и СРБ, могут быть менее коррелированы друг с другом при других заболеваниях, чем при ЮИА. В то время как оба показателя обычно повышаются при ЮИА, СРБ часто является нормальным или только минимально повышенным у пациентов с активной СКВ, даже когда СОЭ повышена.

В совокупности такие симптомы, как утренняя скованность, симметричное поражение суставов, подкожные узелки и деформации, характерные для ЮИА, не развиваются при других системных заболеваниях. Но есть несколько исключений из этого наблюдения: утренняя скованность характерна для большинства воспалительных артритов. Симметричный артрит наблюдается у пациентов с СКВ и также может присутствовать при других заболеваниях. Нечасто узелки, подобные тем, которые наблюдаются при ЮИА, могут возникать у пациентов с СКВ, а другие узловые поражения могут имитировать ревматоидные узелки.

Таблица 2. Поражение органов и систем при артритах.

Вовлеченная в процесс система	Клинические проявления	Системное заболевание с артритом
Глаза	Передний или задний увеит, нежссудативный конъюнктивит, кератоконъюнктивит	ЮИА, ЮАС, болезнь Кавасаки, саркоидоз, реактивный артрит
Ротовая полость	Язвы полости рта, малиновый язык	СКВ, Болезнь Кавасаки, синдром Бехчета

Кожа	Бабочка, дискоидная сыпь, гелиотропная сыпь, папулы Готтрона, пальпируемая пурпура, петехии, узловатая эритема, краевая эритема, язвы на ногах, синдром Рейно, отек кистей и стоп, перианальная десквамация, симптом отшлепанных щек, генитальные язвы	СКВ, ЮИА, дерматомиозит, системные васкулиты, саркоидоз, пурпура Шенлейн-Геноха, парвовирусная инфекция, реактивный артрит
Ногти, волосы	Алопеция, ямки на ногтях, онихолиз	СКВ, псориатический артрит
Мышцы и суставы	Проксимальная мышечная слабость, мышечные контрактуры, энтезит, бурсит, анкилоз	ЮАС, дерматомиозит, ЮИА, псориатический артрит
Система кроветворения	Лейкоцитоз/лейкопения, тромбоцитоз/тромбоцитопения, эозинофилия, нормоцитарная нормохромная анемия или гемолитическая анемия	СКВ, ЮИА
Сосудистая система	Некрозы, ишемические поражения	СКВ, системные васкулиты, антифосфолипидный синдром
Мочевыводящая система	Мочевой осадок, лейкоцитурия, гематурия, протеинурия	СКВ, ЮИА, болезнь Kawasaki

При дифференциальной диагностике артритов необходимо учитывать различные состояния. Особенности некоторых нарушений, которые входят в дифференциальную диагностику, приведены в таблице (Таблица 3), из которой приходим к выводу, что основная часть артритов у детей протекает с воспалительными и системными проявлениями.

Рекомендуется придерживаться следующего плана обследования при суставном синдроме у детей:

- I. Лабораторные методы:
 1. Клинический анализ крови
 2. Биохимические маркеры воспаления (протеинограмма, фибриноген, СРБ)
 3. Биохимические показатели работы печени и почек (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ЛДГ, креатинин, мочевины)
 4. Специфические методы исследования:

- ЮИА – РФ, АЦЦП
- СКВ – АНФ, АТ к нативной ДНК, анти-Смит АТ, антифосфолипидные АТ, активность комплемента
- Системный васкулит – АНЦА
- Реактивный артрит – АТ к хламидиям, ПЦР, РНГА с комплексным АГ: иерсиниозным, псевдотуберкулезным, сальмонеллезным, дизентерийным
- Вирусный артрит – ИФА и ПЦР ВГВ, ВГС, ВИЧ, парвовирус В19
- ВЗК – фекальный кальпротектин

II. Инструментальные методы:

1. Рентгенография пораженных и симметричных им суставов
2. УЗИ суставов
3. МРТ/КТ суставов и других органов
4. Диагностическая пункция суставов
5. ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ ОБП
6. Биопсия органов-мишеней

Таблица 1. Дифференциальная диагностика артритов у детей.

Характеристика артрита	Ювенильный идиопатический артрит	Системная красная волчанка	Геморрагический васкулит	Псориатический артрит	Реактивный артрит	Бактериальный артрит	Вирусный артрит
Симметричность поражения	+	+	+	-	-	-	+
Количество пораженных суставов	Полиартрит (в дебюте может быть олигоартрит)	Полиартрит	Полиартрит	Олигоартрит (в дебюте моноартрит)	Моноартрит или олигоартрит	Моноартрит	Полиартрит
Наличие воспалительной активности	+	+	+	+/-	+	+	+
Вовлечение позвоночного столба: <ul style="list-style-type: none"> • Цервикально-грудно-поясничный • Крестцово-подвздошный 	+			+	+	+	
Поражение мелких суставов: <ul style="list-style-type: none"> • Запястье • Запястно-пястные • Пястно-фаланговые • Проксимальные межфаланговые • Дистальные межфаланговые • Лодыжка • Плюснефаланговые 	+	+	+			+	+
	++	+					+
	++	+	+	+			+
				++			
	+			++	++		+
	+			++	+		+

<p>Крупные и средние суставы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Плечевой • Локтевой • Тазобедренный • Коленный 	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>+</p> <p>+</p>	<p>+</p> <p>++</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	<p>+</p> <p>++</p> <p>+</p>	
Системные проявления	При системном варианте летучая эритематозная сыпь, генерализованная лимфаденопатия, гепатомегалия и спленомегалия, серозит	Фиксированная скуловая эритема, дискоидная сыпь, боли в мышцах, ампелция, язвы в полости рта, серозит, пневмонит, протеинурия, микрогематурия	Сыпь, некрозы, ишемические поражения/инсульт, головная боль, кровохарканье, кровотечение из ЖКТ, протеинурия, микрогематурия	Псориаз, псориатическое высыпание, увеит, онихолизис	Увеит, уретрит, энтерит	Лихорадка	Лихорадка, сыпь
Лабораторные данные	Ревматоидный Фактор +/-, антициклический цитруллинированный пептид	Антинуклеарные антитела, АТ к двухцепочечной ДНК, анти-Sm АТ, протеинурия и гематурия, снижение С3 / С4	Высокая СОЭ, антинейтрофильные цитоплазматические АТ, анализ мочи с протеинурией и гематурией, + биопсия артерии	Умеренное повышение СОЭ, СРБ или нормальные значения, нет специф. тестов	Тесты на выявление: Chlamydia, Gonorrhea, Salmonella, Shigella	Посев крови на стерильность, пунктата синовиальной жидкости	ИФА/ПЦР Гепатит В, Гепатит С, ВИЧ, парвовирус В19 и др.
Рентгенологическая картина	Эрозии суставов	Нет эрозивных изменений	Легочные инфильтраты / узелки, ангиография: дилатация и стеноз	Внесуставная костная пролиферация по типу краевых	Изменений в суставах нет	Выпот в суставной полости	Изменений в суставах нет

				разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограм мах кистей и стоп			
--	--	--	--	--	--	--	--

Заключение

Полиартрит в педиатрии может иметь как доброкачественное, так и злокачественное течение, приводя к началу серьезного хронического заболевания, требующего длительного лечения и коррекции адаптации ребенка к новым жизненным условиям. Хотя дифференциальный диагноз может быть достаточно широк, предполагаемый диагноз в отношении основного заболевания возможно поставить правильно при внимательном изучении анамнеза и тщательного физикального обследования. Лабораторные и инструментальные методы исследования должны всегда идти как опора, в соответствии с клиникой и с учетом требований конкретного пациента.

Список литературы

1. Kim K. H., Kim D. S. Juvenile idiopathic arthritis: Diagnosis and differential Diagnosis / Korean J Pediatr 2010;53(11):931-9352.
2. Pujalte G.A., Albano-Aluquin S. A. Differential Diagnosis of Polyarticular Arthritis / American Family Physician. Volume 92, Number 1, July 1, 2015.
3. Singh S., Mechra S. Approach to Polyarthritis / Indian J Pediatr (2010) 77:1005–1010.
4. Коротаяева Т.В. и соавт. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению / Современная ревматология. 2018;12(2):22–35.
5. Муравьев Ю.В. Внесуставные проявления ревматоидного артрита / Научно-практическая ревматология. 2018;56(3):356–362.
6. Союз педиатров России. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с системной красной волчанкой. Москва – 2015. 34 с.
7. Союз педиатров России. Юношеский артрит с системным началом. Клинические рекомендации. Москва – 2017. 92 с.
8. Союз педиатров России. Юношеский артрит. Клинические рекомендации. Москва – 2017. 116 с.