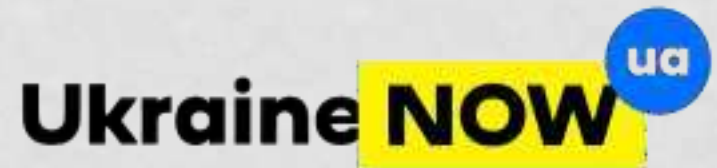


# ЛЕКЦІЯ

## ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕАКТИВНІ АРТРИТИ У ДІТЕЙ

ДОЦЕНТ кафедри педіатрії № 2 ПДМУ  
ТАНЯНСЬКА С. М.



# ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- Визначення, етіологія ЮРА у дітей.
- Класифікація ЮРА у дітей.
- Діагностичні критерії ЮРА .
- Методи діагностики ЮРА у дітей.
- Диференційна діагностика ЮРА.
- Принципи лікування ЮРА у дітей.
- Реактивні артрити у дітей.
- Клініка, діагностика, принципи лікування реактивних артритів у дітей.

# ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

- **системне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів по типу ерозивно-деструктивного прогресуючого поліартриту**



# ЕТІОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАННЯ

*ВИРІШАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ МАЮТЬ ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ:*

- стан вихідної реактивності
- хронічні інфекції, віруси
- травма суглоба
- переохолодження
- генетичний фактор
- введення сироваток, білкових препаратів, вакцин



# ВИДІЛЯЮТЬ ФОРМИ ЮРА

## ✓ СУГЛОБОВА ФОРМА :

- моноартрит
- олігоартрит
- поліартрит

## ✓ Суглобово-вісцеральна:

- синдром СТІЛА
- субсепсис Віслера-Фанконі

## ✓ Суглобова форма з окремими вісцеритами



# ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЮРА

*РЕВМАТОЇДНИЙ ФАКТОР (РФ)*



**СЕРОНЕГАТИВНИЙ (-)**

**СЕРОПОЗИТИВНИЙ (+)**

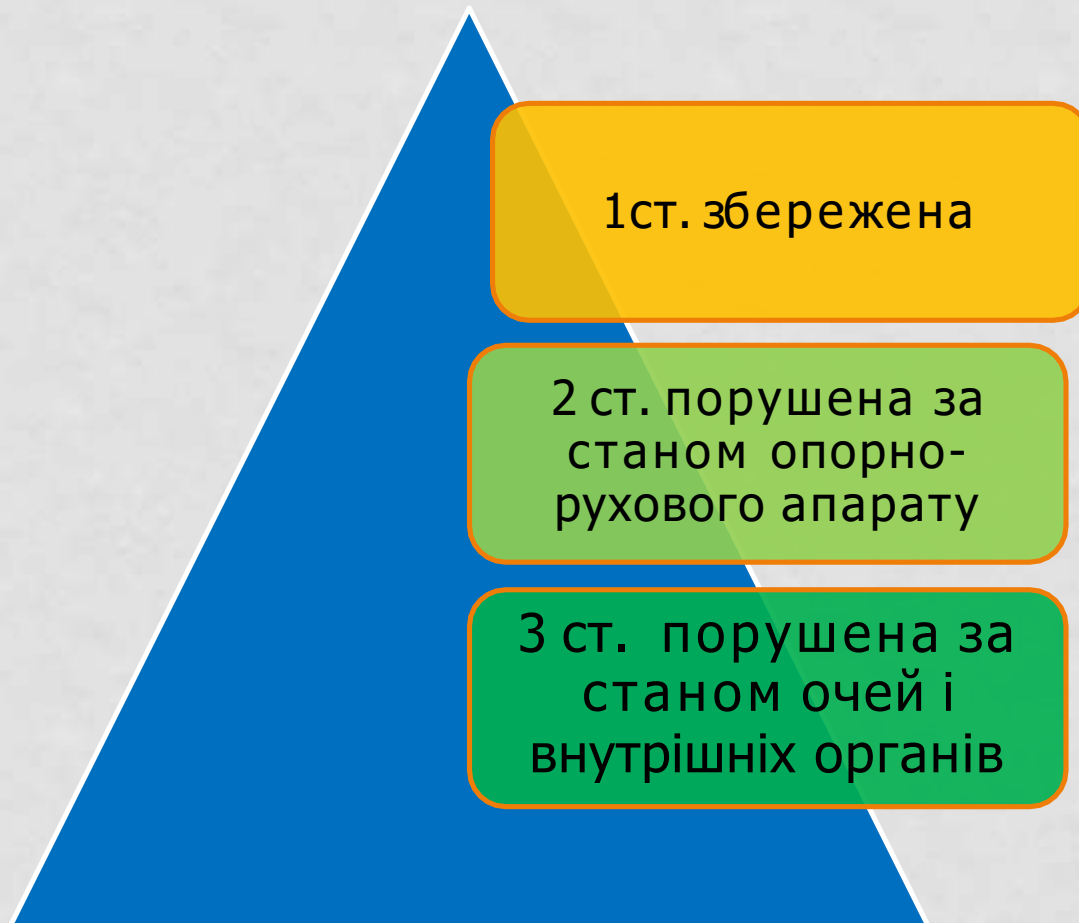


*РЕВМАТОЇДНИЙ ФАКТОР* –АНТИТІЛА ДО Fc –  
ФРАГМЕНТІВ IgG ТА IgM

# ПЕРЕБІГ ЮРА



# ФУНКЦІОНАЛЬНА ЗДАТНІСТЬ ХВОРОГО



# КЛАСИФІКАЦІЯ ЮВЕНІЛЬНИХ ІДІОПАТИЧНИХ АРТРИТІВ ІLAR (1997)

1. Системний артрит.
2. Поліартрит : негативний по РФ.
3. Поліартрит: позитивний по РФ.
4. Олігоартрит: а) персистуючий;  
б) розповсюджений.
5. Псориатичний артрит.
6. Артрит, пов'язаний з ентезітом
7. Інші артрити



# КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЮРА

## КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ:

- артрит тривалістю 3 місяці (обов'язкова ознака)
- ураження 3х суглобів в перші 3 тижні хвороби
- симетричне ураження дрібних суглобів
- ураження шийного відділу хребта
- випіт у порожнину суглоба (синовіт, бурсит, тендосиновіт);
- ранкова скутість;
- ревматоїдне ураження очей (увеїт, ірит, хронічний іридоциклит, епісклерит, катаракта);
- ревматоїдні вузлики;
- мязова атрофія;
- лімфаденопатія.



# КРИТЕРІЇ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЮРА

## *ЛАБОРАТОРНІ ОЗНАКИ:*

- ШОЕ більше 35 мм/год;
- анемія, лейкоцитоз, нейтрофілія;
- позитивний ревматоїдний фактор;
- позитивні дані біопсії синовіальної оболонки (наявність рогоцитів);
- диспротеїнемія (зниження альбуміну та підвищення альфа -2 і гама-глобулінів).



# *РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ СТАДІЇ*

1. Навколосуглобовий остеопороз, ущільнення периартикулярних тканин, прискорення росту епіфізів уражених суглобів, ознаки випоту в порожнину суглоба
2. Посилення епіфізарного остеопорозу, ознаки випоту у суглоб, звуження суглобової щілини, поодинокі кісткові узури
3. Росповсюджений остеопороз, кістково-хрящева деструкція, вивихи та підвивихи суглобів
4. 1, 2, 3 ст. + розвиток анкілозів суглобів





***Рентгенограмма коленных  
суставов больного РА.  
Сужение, неравномерность  
суставных щелей, разрежение  
костной массы – остеопороз***

# ЗАГАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЇ СУГЛОБІВ ВКЛЮЧАЄ ТАКИ СТАДІЇ

:

- збір скарг;  
анамнез захворювання та життя;
- оцінку стану опорно-рухового апарату;
- додаткові методи дослідження суглобів.



# ОЦІНКА СТАНУ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ:

- Наявність болю в суглобах
- Зміни форми та конфігурації суглобів (припухлість, деформація и дефігурація, наявність контрактур та анкілозів)
- Порушення рухомості та ходи дитини
- Суглобові шуми та наявність м'язової атрофії



# ПРИПУХЛІСТЬ

- рівномірне збільшення об'єму суглоба в результаті набряку навколо суглобових тканин та випоту у сінювіальну сумку, відповідає І и ІІ фазам запального процесу (альтерації і ексудації) .



# ДЕФІГУРАЦІЯ

- нерівномірні зміни форми суглоба внаслідок запального процесу у м'яких тканинах ексудативно-проліферативного характеру - випіт в окремих заворотах суглобової сумки, бурсити, уплющення капсули і відповідає II и III фазам запального процесу (ексудації та проліферації).



# ДЕФОРМАЦІЯ

- Неправильна форма суглобу внаслідок змін кісткового скелету (розростання кісткової тканини, підвивихи, анкилози, контрактури)



# СУГЛОВОВІ ШУМИ

- крепітація, хруст, тріск та інші звукові феномени внаслідок розрастання сіновіальних ворсин, відкладання фібрину, розрастання остеофітів, руйнування хрящу



# ЗМІНИ ФОРМИ СУГЛОБІВ:

- **Контрактура** – порушення об'єму рухів в суглобах внаслідок фіброзно-проліферативних змін в капсулі суглоба та у м'яких навколосуглобових тканинах.
- **Анкилоз** - відсутність рухів в суглобі внаслідок руйнування суглобового хряща , відсутність суглобової щилини , збіднення субхондрального шару кістки.



## ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУГЛОБІВ

- загальний аналіз крові (гемоглобін, лейкоцитарна формула, ШОЕ, тромбоцити);
- біохімічне дослідження крові (загальний білок, білкові фракції, С-реактивний протеїн, сіалові кислоти, ревматоїдний фактор) та інші біохімічні дослідження;
- загальний аналіз сечі (еритроцити, білок, глюкоза);
- аналіз крові на електроліти (Са, Р, лужна фосфатаза);
- антинуклеарні антитіла (основний тест для виявлення системних захворювань, антитіла к двуспиральної ДНК, циркулюючи імунні комплекси (маркери аутоімунного запалення),
- Визначення HLA B 27 - антигену

# ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ

- серологічні дослідження для визначення збудника інфекційного поліартриту, краснухи, лаймської хвороби, гепатиту;
- Визначення збудника внутрішньо клітиної інфекції;
- підвищення рівня антитіл до цикличного цитрульованого пептиду ((A-CCP);
- визначення антитіл до модифікованого цитрульованого виментину (анти-MCY до SA антигену);
- рентгенологічне дослідження суглобів;
- дослідження синовіальної рідини;
- магнітно-резонансна томографія;
- ультразвукове дослідження суглобів;
- денситометрія .

# УЛЬТРАЗВУКОВА ДЕНСИТОМЕТРІЯ

- Визначення мінеральної щільності кісткової тканини.



# ХВОРОБА РЕЙТЕРА (КОН'ЮКТИВО – УРЕТРАЛЬНО – АРТРИТИЧНИЙ СИНДРОМ)

## ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІИ ХВОРОБИ РЕЙТЕРА У ДІТЕЙ

1. Ураження сечостатевого органів:  
— хлопчики: уретрит, простатит;

- дівчатка: вульвовагиніт, цервіцит;
- відсутність ураження **сечостатевих органів.**

### 2. Особливості суглобового синдрому:

- 1) Кількість уражених суглобів у дебюті захворювання:  
— моноартрит, олигоартрит (2-3 суглоба), поліартрит;
- 2) Локалізація ураження:
  - тільки суглоби нижніх кінцівок;
  - суглоби верхніх та нижніх кінцівок;
  - шийний відділ хребта;
  - крестцово-підвздошні суглоби;
  - асиметричність на початку захворювання;
  - ступінчатість (висхідний та нисхідний характер залучення суглобів);
  - наявність синдрому «спиралі» радіального ураження, залучення для суглобових хітканин;
  - м'язові атрофії (ранні);
  - ранкова скутість.

### 3. Наявність гострого кон'юнктивіту.

### 4. Наявність хламідійної інфекції.

### 5. Особливості початку захворювання ураженням сечостатевих органів, дебюту 1-2 місдо артритів.

# РЕВМАТИЧНИЙ АРТРИТ

## ХАРАКТЕРНІ ОЗНАКИ:

- поліартрит, виникаючий після ангини або іншої стрептококової інфекції у дітей
- артрит нестійкий, переходить з одного суглоба на інший, має летучий характер
- відсутність змін у суглобах після ліквідації ознак запалення
- одночасний розвиток артрити та кардита (вісцерит); підшкірні вузлики навколо суглобів
- кільцеподібна еритема;
- ревматичний а намнез:
- збільшення титра АСЛ-0 в крові

# ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ АРТРИТ

## ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ:

- Лімфоаденопатія
- Позитивні туберкулінові проби
- втомлюваність ураженої кінцівки при ході
- порушення ходи
- рентгенологічно — наявність дрібних вогнищ розрізнення кісткової структури епіфіза або метафіза



# ЛЕЙКОЗНИЙ АРТРИТ

## ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ:

- Упорні артралгії без выпоту у суглоб;
- Осалгії;
- Напади болю в нічний час;
- Висока упорна лихоманка;
- Виражене збільшення лімфатичних вузлів,
- Специфічні показники при дослідженні біоптату кісткового мозку



# РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ

- артрити, асоційовані із хламідійною інфекцією (14-36%). Хламідійна інфекція лежить в основі розвитку хвороби Рейтера (кон'юнктивно-уретрально-артритичний синдром)
- постентероколичні реактивні артрити (після інфікування *Iersinia*, *Enterocolitica*, *E. coli*)
- після перенесеної носоглоточної інфекції (стрептокової етіології ),
- вірусної інфекції (ентеровірус, парвовірус, кір та ін.)
- після проведення вакцинації

# НАЙЧАСТІШЕ УРАЖУЮТЬСЯ СУГЛОБИ

- колінні
- гомілкоступневі
- міжфалангові суглоби кістей рук
- рідко – суглоби кісток та сакроілеальний його відділ



# ***ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ***

- Лікувальна тактика при ЮРА регламентується
- протоколами медичної допомоги дітям з ЮРА (Наказ
- МОЗ № 832 від 22.10.2012 р).
- Терапія починається відразу після встановлення
- діагнозу ЮРА
- Ліквідація або значне зменшення клінічних ознак
- суглобового синдрому, відновлення функції опірно-
- рухового апарату
- Попередження прогресування хвороби
- Попередження розвитку ускладнень від призначеного
- лікування

# ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ



# ЕТІОТРОПНА ТЕРАПІЯ

**Азитроміцин** (сумамед): дітям старше 3-х років в перший день - 10 мг/кг/добу, на 2- 10-й день - 5 мг/кг/сутдобу, кларитроміцин (клацид) - 7,5-10 мг/кг/добу у 2 прийоми, курс - 10-14 днів, спіраміцин (роваміцин) - дітям з масою тіла більше 20 кг - по 1,5 млн. на кожні 10 кг ваги в 2-3- приймання, курс - 3-4 тижні;

- **Ципрофлоксацин** (ципрінол) призначається переважно дітям з 14 лет, дозою 250 мг 2 рази на добу, курс - 2-3 тижні;
- Для лікування хворих з ентерогеними артритамі призначають **гентамицина сульфат** або **амікацин** по 3-4 мг/кг на добу курсом 7-10 днів, офлоксацин (таривид, заноцин) - 0,2-0,4 г 2 рази на добу курсом 7-10 днів.
- При назофарингеальній інфекції призначаються антибактеріальні препарати пеніцилінового ряду (**пеніцилін, амоксицилін**) у вікових дозах 7-10 днів.<sup>32</sup>

## ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ

- **Диклофенак натрія** (вольтарен, дикло-Ф, диклоберл, диклоген, дикламакс, диклофен, наклофен, ортофен) призначається як стартовий препарат у добовій дозі 2-3 мг/кг маси тіла у 3 приймання.
- **Індометацин** (метіндол) випускається у таблетках по 0,025 г або у свічках (0,1) призначається дозою 2-3 мг/кг на добу
- **Ібупрофен** (бруфен, бурана, нурофен, боніфен, ібусан, ібупрофен-тева) 10-15 мг/кг на добу в у 3-4 приймання
- **Мелоксикам (мовалис), ревмоксикам, аспикам** дозою 7,5 мг 1 р на добу



# ПОХІДНІ АМІНОХИНОЛИНОВОГО РЯДУ

Призначають **делагіл** (2,5-5 мг/кг) або **плаквеніл** (5-8 мг/кг на добу) наніч безперевними курсами протягом 6-18 місяців дітям з низькою активністю ревматоїдного процесу та для профілактики загострень



# МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

- Найбільш значну пригнічувальну активність запального процесу надають глюкокортикоїди (ГК).
- Добова доза — 1-2 мг/кг **преднізолона** тривало, з урахуванням добового біоритму вранці після їжі



# ЦИТОСТАТИЧНІ ПРЕПАРАТИ

- Циклофосфан (циклофосфамід)- перорально
- або в/м дозою 1-3 мг/кг на добу.
- **Метотрексат** – «золотий стандарт в лікуванні ЮРА (ЮІА).
- Призначається дозою 7,5 -10 мг/м<sup>2</sup> поверхні тіла 1 раз на тиждень (з інтервалом 12 годин) протягом не менше 1 року.



# ЛІКУВАННЯ ЮРА

Багатоцентрові дослідження показали, що оптимальною у лікуванні оліго- та поліартикулярних форм ЮРА у дітей є доза не менше **15мг/м<sup>2</sup>**, а оцінка ефективності терапії можлива не раніше **9-12** місяців



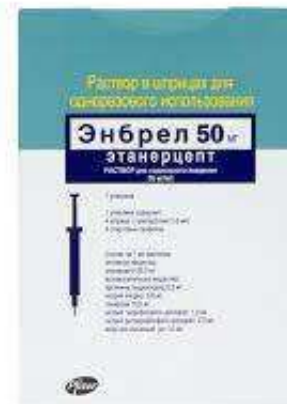
# ІМУНОБІОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ:

- Впливають на цитокини - інтерлейкін-6 (ИЛ6), інтерлейкін-1 (ИЛ1) и туморонекротичний фактор альфа (TNF).
- **Адалимумаб (хумира)** - інгібітор TNF
- (п/шкірно 1 раз на 2 тижні дозою 20-40 мг).
- **Тоцилизумаб (актемра)** – блокує ИЛ-6 при поліартикулярному варіанті ЮРА інфузія в/в 1 раз на місяць



# ІМУНОБІОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ

- **Етанарцепт** (енбрел) – інгібітор ТНФ призначається при лікуванні поліартикулярного варіанту ЮРА
- Доза 0,4 мг/кг 2 рази на тиждень або
- 0.8 мг/кг 1 раз на тиждень перорально



# РЕАБІЛІТАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

- проводиться після затухання гострих проявів захворювання і направлена на відновлення функції уражених суглобів
- фізіотерапія - ультрафонофорез ліків в ділянку уражених суглобів та одночасне проведення магнітної або лазерної, або магнітно-лазерної терапії



# ФІЗИОТЕРАПІЯ

- електрофорез лікувальних препаратів, електромагнітні волни, лазерне опромінення ;
- компреси з димексідом (15-20 %розчин) або його апликації у вигляді гелей;
- Місцево— різні мази та гелі: діклофенак, діклагель, траумель С, найз-гель та ін.



# ПРЕПАРАТИ КАЛЬЦІЮ ТА ХОНДРОПРОТЕКТОРИ:

- кальцій Д<sub>3</sub>-нікомед
- кальцемін
- кальцинова
- кальцій-Вітрум
- остеомаг
- хондроксид
- артрон-комплекс
- терафлекс



Дякую за увагу!



# ЛІТЕРАТУРА

1. Проблемні питання дитячої ревматології. Монографія. /За ред. Ю.Г.Антипкіна, О.М. Охотнікової, О.А.Ошлянської, Л.І. Омельченко.- К.: Логос, 2019.- 697с.
2. Ревматологія дитячого віку: Навчальний посібник /Т.В. Марушко, Ю.В. Марушко.-Київ, 2019. – С.90-137.
3. Настанова 00656. Ювенільний ідіопатичний артрит (ювенільний ревматоїдний артрит). Настанови на засадах доказової медицини, створені DUODECIM Medical Publications, Ltd //Адаптовані для України групою експертів МОЗ України від 2017-01-20.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит».
5. Системний варіант ювенільного ідіопатичного (ревматоїдного артриту у дітей і підлітків: нове в лікуванні і особисті спостереження /Л.Ф. Богмат, Н.В. Шевченко // Здоров'я дитини. – Том 12, № 4.- С. 91- 98.
6. Коваленко В.М. Особливості діагностики ревматоїдного артриту в дебюті захворювання /В.М.Коваленко, Д.Г.Рекалов. // *Вісник біології та медицини*, 2012. –Вип.2, т. 2(93). – с.84-91.
7. Педіатрія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / О. В. Тяжка [та ін.] ; за ред. О. В. Тяжкої ; Національний. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. – 5-те вид., випр. та допов., оновл. – Вінниця : Нова книга, 2018. – 1150 с.
8. Невідкладні стани в педіатрії: посібник /Ю.В. Марушко, Г.Г.Шеф, Ф.С. Глузман та ін. Друге видання. - К.: ВСВ «Медицина», 2020. – 440.