

Суглобовий синдром у дітей із хірургічною і соматичною патологіями



О.А. Данилов¹, В.Ф. Рибальченко¹, Д.С. Акмоллаєв², С.О. Зінченко², О.В. Волкодав², Ю.Л. Душкевич¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

² Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Сімферополь

У лекції представлено основні причини виникнення суглобового синдрому в дітей усіх вікових груп. Висвітлено діагностику, зокрема диференційну, у дітей із хірургічною і соматичною патологіями.

Ключові слова: суглобовий синдром, діти, хірургічна і соматична патології.

Мета лекції — представити основні причини виникнення суглобового синдрому та його діагностику, зокрема диференційну, у дітей із хірургічною і соматичною патологіями.

Суглобовий синдром у дітей

Багато захворювань часто виявляються суглобовим синдромом (СС) — артралгіями і поліартралгіями, артритами і артропатіями; значно рідше у дітей зустрічаються артрози (остеоартрози) [3, 5, 7]. Ураження суглобів можуть бути самостійними нозологічними формами або пов'язаними із загальними важкими (алергічними, інфекційно-алергічними) і системними захворюваннями сполучної тканини. Окрему групу складають травматичні артрити [2, 6, 9, 12].

У практичній діяльності лікаря і майбутнього молодого фахівця, який ще проходить навчання у медичному навчальному закладі, нерідко виникають труднощі, пов'язані з клінічним трактуванням СС і діагностикою системних захворювань, що перебігають із залученням до патологічного процесу кістково-суглобового апарату. Саме цим питанням і присвячена інформаційно-довідкова допомога [1, 4, 11, 15].

Отже, СС — це клінічний симптомокомплекс, що складається з болю (різної інтенсивності і постійності), ознак запалення або травми (почервоніння, набряк, ущільнення периартикулярних м'яких тканин) та порушення функції уражених суглобів (від обмеження до повного її зникнення) [8, 10, 17]. Морфофункціональні особливості суглобових тка-

Стаття надійшла до редакції 12 липня 2012 р.

Данилов Олександр Андрійович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
04209, м. Київ, вул. Богатирська, 30
E-mail: pedsurgery_ua@ukr.net

нин — хороша васкуляризація синовіальної оболонки і наявність численних нервових закінчень — зумовлюють здатність суглобів швидко відповідати запальною реакцією на різні прями та опосередковані дії. Звідси і виникають розлади рухової активності дитини (аж до повного знерухомилення тих чи інших суглобів). Результати клінічного дослідження верифікуються даними інструментального і лабораторного обстежень [9, 13, 14, 16, 17].

Артралгії. Рання діагностика ураження суглобів у дітей сприяє підвищенню ефективності лікування. Артралгії і поліартралгії у дітей — це біль у одному або декількох суглобах, що виникає одночасно або послідовно як при захворюваннях кістково-суглобового апарату, так і при інших патологічних станах (важкі алергічні реакції, хвороби системи крові, ендокринопатії, хронічні осередкові інфекції, довготривалі інтоксикації). Болі зумовлюються органічними (запальними, дистрофічними) змінами в суглобах і м'яких тканинах, які їх оточують, або функціональними нейро-судинними порушеннями. Біль у суглобах у частини хворих супроводжується м'язовим болем (міалгіями). Артралгії виникають спонтанно або бувають результатом підвищеної рухової активності, неадекватного фізичного навантаження. У окремих випадках біль у кістках і суглобах може виникнути внаслідок швидкого зростання дітей у дошкільному і шкільному віці (Д.Д. Лебедев, 1969).

Визначення локалізації і характеру артралгій має важливе діагностичне значення, оскільки сприяє розробці раціональної лікувальної тактики.

Артрити — запальні захворювання суглобів. Основні фактори розвитку: місцева або (частіше) загальна інфекція, алергія і аутоалергія, локальна травма та ін. Також виникненню артритів сприяють сильне переохолодження і виражені фізичні перевантаження. Морфологічно при артриті запалення синовіальної оболонки, потовщення ворсин, накопичення ексудату. При прогресуванні у патологічний процес залучаються навколосуглобові тканини, посилюються проліферативні зміни. За хронічних артритів відбувається звуження суглобової щілини, рідше — облітерація суглоба. Зовнішні вияви артрити — деформація суглоба, набряк навколишніх м'яких тканин та гіперемія, підвищення місцевої температури, порушення (пониження) функцій зчленування. Часто запальні зміни в суглобах супроводжуються болем різної інтенсивності та тривалості.

Артроз — це дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів, за яких до процесу більше залучаються хрящ та епіфізи кісток, а менше — м'які тканини навколо суглоба. Артрози клінічно діляться на первинні (суглоби уражаються в молодому і середньому віці, одночасно декілька зчленувань) і вторинні (виникають у будь-якому віці внаслідок перенесеного артрити, при природженій дисплазії, травмах, судинних порушеннях; уражається один або декілька суглобів). У дітей зустрічаються переважно вторинні артрози. Їхні

головні вияви: біль у ураженому суглобі та значне обмеження рухливості.

Остеоартрози — хронічні захворювання, в основі яких лежать не запальні, а дегенеративні зміни суглобового хряща та кістки з вторинними репаративними процесами.

Артропатії — своєрідні патологічні зміни в суглобах, зумовлені алергічними та ендокринними захворюваннями (цукровий діабет, гіперпаратиреоз), хворобами крові (гемофілія, лейкоз, злоякісний ретикульоз) та печінки (хронічний активний гепатит), вродженими дефектами метаболізму сполучної тканини (синдром Марфана, мукополісахаридози та ін.) і довготривалими обмінними порушеннями (гіперліпідемія, амілоїдоз). У хворих старших вікових груп артропатії можуть бути наслідками професійних захворювань, радіонуклідних дій, променевої хвороби, псоріазу і т. д.

У клініці на перший план і в ранні терміни виступають вияви основного захворювання, і лише пізніше з'являються симптоми, що відображають залучення до патологічного процесу суглобового апарату.

Остеохондропатії характеризуються тривалістю перебігу з відносно сприятливим функціональним результатом, виявляються аваскулярним некрозом кістки і кісткового мозку.

Діагностика і методи дослідження

Для покращення діагностики потрібно спостерігати за дитиною під час ходьби, а також під час підйому сходами, оскільки всі порушення опорно-рухового апарату при цьому стають виразні. Під час огляду можна виявити такі синдроми:

— порушення ходи — одна з причин — кульгавість.

Кульгавість унаслідок болю: причиною може бути біль у суглобах, колінному і кульшовому, у ділянці таза, стегна і гомілки, гомілково-ступневому суглобі і ступні запального (ревматизм, ревматоїдний артрит (РА), реактивні артрити, тендосиновіїти та ін.) і дегенеративного (остеохондропатії) характеру.

Кульгавість унаслідок контрактур і анкілозу зазвичай поєднується з кульгавістю в результаті відносного укорочення кінцівки — за хронічного перебігу артритів.

— порушення постави при ревматологічній патології — наслідок косого положення таза, що виникає при абсолютному або відносному укороченні кінцівки завдяки розвитку контрактури, при хронічних артритіх — компенсаторний сколіоз. Найчастіший ранній симптом порушення постави — це порушення осьової лінії тулуба: косе положення голови, різний рівень плечей, кутів лопаток, згладження трикутників талії.

— патологічні установки кінцівок, найчастіше нижніх, причина яких — ураження зв'язкового апарату і різних груп м'язів у ділянці суглоба, що призводять до деформації суглоба. Найчастіше у дітей зустрічаються вальгусні установки

■ Та б л и ц я 1
Зміни синовіальної рідини при захворюваннях суглобів

Показники	Типи ураження суглобів		
	Запальний	Незапальний	Септичний
Прозорість	Каламутна	Прозора	Каламутна
Колір	Жовтуватий	Жовтуватий	Жовтуватий або зеленуватий
В'язкість	Низька	Висока	Варіює
Лейкоцити	2—100 × 10 ⁹ /л	0—2 × 10 ⁹ /л	100 × 10 ⁹ /л і більше
Нейтрофіли	50 % і більше	20—25 %	75 % і більше
Муциновий згусток	Пластівчастий	Щільний	Пластівчастий

колінних суглобів — Х-подібні та варусні — 0-подібні ноги, ульнарна девіація пальців кисті, часта причина яких — РА.
— деформація ступень, яка залежить від багатьох чинників.

Разом із клінічними методами обстеження стану суглобів широко застосовуються такі інструментальні методи:

- Термографія — один із сучасних методів дослідження мікроциркуляції в органах і тканинах. Найчастіше використовується апарат «ВЕСЕЛКА» з пороговою чутливістю 0,2 °С, кутовим дозволом 7—10 хв, діапазоном робочих станів від 0,4 до 3. Термографія дозволяє об'єктивно підтвердити наявність запального процесу в суглобах і прилеглих тканинах, виявити судинні розлади, що виникають при цьому, а також оцінити ефективність терапії, що проводиться. Діагностична цінність термографії суглобів значно підвищується за динамічного спостереження хворого. Переваги термографії перед іншими методами: неінвазивність, безпечність, нешкідливість для хворого і персоналу, об'єктивність і швидкість.
- Рентгенологічне дослідження суглобів — один із найінформативніших методів, який використовується під час обстеження артрологічних хворих.

Рання рентгенологічна ознака запалення — це остеопороз. Інші рентгенологічні ознаки — звуження суглобової щілини, узурація, кістоподібна перебудова субхондрального відділу кістки, підвивихи, вивихи, анкілозування — характерні для пізніших стадій артритів.

- Артрографія застосовується за необхідності виявити стан суглобової сумки і внутрішньо-суглобових утворень (меніски, диски, зв'язки, хрящі). Контрастування суглоба проводять у положенні хворого лежачи, під місцевою або загальною анестезією. У суглоб вводять 2—3 мл 10 % р-ну «Новокаїну», потім 1—2 мл контрастної речовини (верографін, урографін, уротраст тощо), потім вводиться повітря або контрастуючий газ для розпрямлення всієї капсули і заповнення заворотів, після чого роблять декілька погойдувань у суглобі, а потім знімки.

- Ехографічне дослідження ще недостатньо розроблене, проте його перспективи значні.

Ультразвукове (УЗ) сканування — поширена візуалізація органів і тканин на УЗ-установках. Метод заснований на використанні УЗ-хвиль із частотою 20 кГц. Відображений ехосигнал потрібний для формування зображення на екрані дисплея.

Наш невеликий досвід застосування цього методу діагностики показав, що він найінформативніший під час вивчення патології м'яких тканин: випіт у суглобі, синовіальні кісти, гематоми м'яких тканин, розриви сухожиль.

- Радіологічний метод стає все поширенішим. Остеосцинтиграфія — це метод, який здійснюється завдяки технецію, уведеному у вену. У дітей застосовують ізотоп технецію, який швидко розпадається. Потрапляння радіоізотопів у кісткову тканину дає інформацію про стан кровообігу в кістці та інтенсивність обмінних процесів у ній. Гамма-випромінювання радіоактивної мітки реєструється гамма-камерою і перетворюється на зображення. Порівняльне симетричне і рівномірне накопичення технецію в скелеті становить норму. Застосовано цей метод у складних діагностичних випадках у групі хворих з остеомієлітами, пухлинами кісток, артритами, остеохондропатіями. При пухлинах помічено «гарячі осередки». При остеомієліті та артриті помічено гіперфікацію радіоізотопів, а при асептичному некрозі кістки — локальне зниження концентрації радіоізотопів.
- Пункція та біопсія — прижиттєвий забір тканин для гістологічного дослідження. За допомогою пункційної біопсії береться синовіальна рідина, що потім піддається клінічним, цитологічним, біохімічним і бактеріологічним дослідженням. Для тих або інших артритів характерні відповідні зміни складу синовіальної рідини (табл. 1).

Пункційну біопсію здійснюють із діагностичною метою при ревматичних захворюваннях, зокрема при ювенільному РА. Протипоказання: захворювання з підвищеною кровоточивістю і підозра на гнійну інфекцію.

Частіше об'єкт пункційної біопсії — це колінний суглоб. За показаннями досліджують біоптати шкіри (рідше слизової оболонки), м'язів і внутрішніх органів (печінка, нирки).

■ Т а б л и ц я 2

Основні причини болю в ділянці кульшового і колінного суглобів

Кульшовий суглоб	Колінний суглоб
1. Хвороба Пертеса I, II, III стадії (наслідки хвороби Пертеса — у пацієнтів віком 12—16 років)	1. Хвороба Пертеса I стадії, іррадіація болю в колінний суглоб
2. Вроджений підвивих стегна	2. Хвороба Осгуда—Шлаттера
3. Соха vara	3. Вроджений травматичний вивих надколінника
4. Соха vara collisis	4. Дисплазія колінного суглоба
5. Соха vara однобічна	5. Пухлини нижнього метаепіфіза стегна і проксимального метаепіфіза великогомілкової кістки
6. Хвороба Кеніга (у дітей старше 6 років)	6. Гострий гематогенний остеомиєліт дистального епіфіза стегна і проксимального метаепіфіза великогомілкової кістки
7. Кісти проксимальної частини стегна та інші пухлини	7. Пошкодження менісків, менісцити
8. Вроджена гіпоплазія нижніх кінцівок	8. Синовіїти травматичного генезу
9. Гострий гематогенний остеомиєліт (у дітей старше 6 років)	9. Пошкодження хрестоподібних зв'язок (у дітей старше 6 років)
10. Епіфізарний остеомиєліт стегна (у дітей до 2 років)	10. Пошкодження бічних зв'язок
11. Гострий трохантерит	11. Епіфізеоліз дистального епіфізу стегна та інші травматичні пошкодження стегна і великогомілкової кістки в ділянці колінного суглоба
12. Гострий ілеопсоїт	
13. Епіфізеоліз голівки стегна травматичний (у дітей до 6 років)	
14. Епіфізеоліз голівки стегна травматичний, юнацький (у дітей старше 6 років)	
15. Травматичні пошкодження проксимальної частини стегна і вертлюжної западини	

Пункції суглобів. Прокол суглоба — часта операція. Її виконують із діагностичною метою, коли характер вмісту визначається візуально і піддається лабораторному дослідженню. Крім того, введення в суглоб повітря або контрастних речовин дозволяє виконати діагностичну контрастну артрографію. Прокол може бути лікувальним. При цьому видаляють патологічний вміст із суглоба і вводять для санації лікарські речовини. При деформувальному артрозі з метою зняття запальних явищ і попередження розсмоктування хряща вводять інгібітори протеолізу («Контрикал», «Тразилол» та ін.), кисень, глюкокортикоїди, дексазон.

У кожному суглобі існують ділянки, найзручніші для пункції, де відсутні судини і нерви, а суглобові поверхні не мають щільного контакту.

Пункція — небезпечна для суглоба маніпуляція. Часто навіть введення лікарських препаратів викликає або підсилює явище синовіїту. Тому пункцію суглоба в амбулаторних умовах необхідно проводити за строгими показаннями, дотримуючись усіх правил асептики, а після закінчення маніпуляції суглоб іммобілізують гіпсовою лонгетою терміном на 3—5 днів.

Суглобовий синдром при хірургічній патології

Особливості СС при пошкодженнях, остеохондропатіях, доброякісних та злоякісних пухлинах. Провідне значення в діагностиці СС, викликаного хірургічною патологією, надається анамнезу разом із раціонально побудованою схемою обстеження дитини. Наявність різних за тяжкістю варіантів ураження суглоба, зумовленого хірургічною патологією, схожість початкових ознак СС з виявами його при соматичних захворюваннях сприяють збільшенню кількості діагностичних помилок. Треба зазначити, що чим менший вік дитини, тим складніше визначити у неї больові відчуття. Допомогти може уважне спостереження за поведінкою, активними рухами, ходом, поставою, положенням тіла. Реакція дитини на пальпацію кісток, пасивні рухи в суглобах дозволяють об'єктивізувати больові відчуття. Частіше уражаються верхні кінцівки. Так, у новонароджених може спостерігатися травматичний відрив епіфіза. При цьому відсутні активні рухи кінцівки, а пасивні викликають біль. У ділянці суглоба помічено ущільнення м'яких тканин. Під час діагностики допомагає рентгенологічне обстеження. У мало активних дітей віком 1—3 років біль у ліктьовому суглобі з іррадіацією в ліктьовий і променево-зап'ястковий суглоб може бути зумовлений підвивихом голівки променевої кістки і викликаний різким підтягненням дитини за передпліччя (симптом «розтягнутого ліктя», «ліктя няні»).

Больовий синдром властивий навколосуглобовим переломам кісток, котрі утворюють як крупні (плечовий, ліктьовий, кульшовий, колінний та гомілково-ступневий) суглоби, так і дрібні. Біль у сусідньому суглобі виникає в результаті порушення цілісності кістки або ділянки росту — так звані епіфізеолізи і остеоепіфізеолізи. Під час обстеження передбачуваної ділянки перелому помічено: хворобливість, набряк, припухлість, порушення функції, а у випадках переломів із зсувом кісткових відламків — деформація, патологічна рухливість. Проведена рентгенографія передбачуваної ділянки пошкодження дозволяє визначити діагноз — перелом тієї або іншої локалізації.

Доброякісні кісткові пухлини мають маловиражені клінічні вияви і не порушують загальний стан дитини. Пухлини, розташовані біля суглобів, досягаючи великих розмірів, порушують рухову функцію суглоба, а тиск на навколишній нерв викликає біль. Виняток становлять остеодні остеоми, які підвищують внутрішньоклітинний тиск і супроводжуються болем, що постійно посилюється. Діагностика доброякісних пухлин заснована на виявленні щільного утворення, що пальпується,

■ **Т а б л и ц я 3****Основні причини болю в ділянці плечового, ліктьового і променево-зап'ясткового суглобів**

Плечовий суглоб	Ліктьовий суглоб	Променево-зап'ястковий суглоб
1. Епіфізарний остеомиєліт (у дітей віком до 2 років)	1. Гострий гематогенний остеомиєліт дистального метафізу плеча	1. Гострий гематогенний остеомиєліт дистального метафіза променевої і ліктьової кісток
2. Гострий гематогенний остеомиєліт проксимального метафіза плеча (у дітей старше 6 років)	2. Пухлини кісток, які утворюють ліктьовий суглоб	2. Пухлини кісток, які утворюють променево-зап'ястковий суглоб
3. Пухлини проксимального метафізу плеча, лопатки, акроміального кінця ключиці	3. Травматичні пошкодження кісток, які утворюють ліктьовий суглоб	3. Стилоїдит (у дітей старше 12 років)
4. Плечо-лопатковий періартрит (у дітей старше 12 років)	4. Пронаційний підвивих голівки променевої кістки (у дітей до 2 років)	4. Тендовагініт. Розрив променево-ліктьового синдесмозу (у дітей старше 6 років)
5. Травматичні пошкодження кісток, які утворюють плечовий суглоб	5. Бурсит (у дітей старше 6 років)	5. Розтягнення зв'язок променево-зап'ясткового суглоба
6. Наслідки перенесених переломів кісток, які утворюють плечовий суглоб: контрактури, анкілози	6. Епікондиліт (у дітей старше 12 років)	6. Забій
7. Травматичний вивих плеча	7. Забій	
8. Забій		

■ **Т а б л и ц я 4****Основні причини болю в стопі**

Діти віком 0-6 років	Діти віком 6—12 років	Діти віком 12—16 років
Неправильно підібране взуття; потрапляння чужорідного тіла; прихований перелом; ювенільний ревматоїдний артрит; ревматизм (гіпермобільна плоска стопа)	Неправильно підібране взуття; потрапляння чужорідного тіла; додаткова човноподібна кістка; прихований перелом; тарзальне з'єднання (перонеальна, спастична плоскостопість); саркома Юінга (гіпермобільна плоска стопа)	Неправильно підібране взуття; потрапляння чужорідного тіла; врослий ніготь; порожниста стопа; гіпермобільна плоска стопа у поєднанні з натягнутим ахілловою сухожиллям; підвивих гомілково-ступневого суглоба; ударний перелом; синовіальна саркома

■ **Т а б л и ц я 5****Об'єм досліджень при артралгії у дітей**

Вид дослідження	Захворювання
Клінічний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів	Лейкоз; інфекційні захворювання кісток, суглобів, м'язів; системні захворювання сполучної тканини
Рентгенографія	Доброякісні і злоякісні пухлини кісток; остеомиєліт (гострий — 10—14 днів захворювання, хронічний); переломи, рахіт, епіфізіолізи, хвороба Пертеса
Радіоізотопне сканування	Остеомиєліт (гострий, хронічний); доброякісні та злоякісні пухлини

■ **Т а б л и ц я 6****Диференційна діагностика органічних і функціональних артралгій**

Органічні	Функціональні
Біль виникає і вдень, і вночі; біль виникає у вихідні дні, під час шкільних канікул; біль інтенсивний, сильний, дитина змушена припинити гру; біль локалізований в одному суглобі, дитина кульгає; в анамнезі: втрата маси тіла, лихоманка, діарея, висипання на шкірі	Біль виникає лише вночі; біль виникає переважно в дні занять; не впливає на спосіб життя; біль локалізований між суглобами, двобічний, хода дитини не змінюється; в анамнезі: розвиток дитини відповідає її віку, здоровий вигляд

розташованого на кістці або вздовж потовщення кістки; м'які тканини над пухлиною не змінені. Ріст повільний. Раптове розростання і біль можуть бути ознакою малігнізації пухлини. Лабораторні дослідження при доброякісних пухлинах мало допомагають під час діагностики. Провідні діагностичні методи — рентгенографія, сцинтиграфія, які не лише уточнюють локалізацію пухлини, її розмір, а й дають уявлення про її харак-

тер, походження і зміну кісткової структури. Загальні ознаки доброякісних пухлин на рентгенограмах: чіткість меж пухлини, збереження кортикального шару, відсутність періостальної реакції.

При злоякісних пухлинах з'являється слабкість, апетит зникає, порушується сон. Біль швидко стає постійним. Помічено інфільтрацію, ущільнення м'яких тканин навколо пухлини. Розташування пухлини біля епіфіза раніше порушує функцію

суглоба через больову нейрорефлекторну контрактуру. Характерний симптом «голови медузи», а підвищення місцевої температури і почервоніння шкіри зазвичай не буває.

Остеохондропатії об'єднують групу захворювань різної локалізації (тіло хребців, головка стегна, горбистість великогомілкової кістки, кістка п'яти і т.д.), що мають загальні ознаки: спільність походження і розвитку патологічного процесу, циклічність захворювання, спільність клінічних і рентгенологічних виявів. За останні роки кількість хворих з остеохондропатіями зросла до 7,2 %, особливо з такими локалізаціями, як головка стегнової кістки і тіло хребців. Клініка і морфогенез болю залежать від стадії хвороби; остеопороз, компресійний перелом, фрагментація, одужання — наслідки перенесеного захворювання. У клініці хвороби перше місце посідає синдром кульгавості та болю, що з'являється в результаті асептичного некрозу кістки. Характерна іррадіація болю в ділянку колінного суглоба на першій стадії хвороби Пертеса. Додатковий метод діагностики — рентгенографія.

Особливості суглобового синдрому при остеомієліті

Запальний процес у суглобах у дітей різного віку дуже часто розвивається у випадку ураження навколосуглобових частин трубчастих кісток при остеомієліті.

У новонароджених уражаються переважно метаепіфізарні ділянки у стегнової (37,8 %) , плечової (19,5 %) та великогомілкової (9,8 %) кістках. Ранній місцевий вияв захворювання — больова контрактура кульшового суглоба. Ці симптоми виявляються вже на 1—2 добу захворювання. На 2—3 добу з'являється припухлість у ділянці суглоба, згладження його контурів і пахової складки. Ці симптоми зумовлені артритом і набряком навколишніх тканин. Артрит може бути серозним або частіше гнійним при вивільненні гною крізь тонкий кортикальний шар метафіза або крізь ростковий хрящ і хрящовий епіфіз. При цьому шкіра в ділянці суглоба і верхньої третини стегна стає гіперемованою, з'являється флуктуація і підвищується місцева температура.

При **флегмоні новонароджених**, при абсцесі, міжм'язовій флегмоні стегна або сідниці, при стегновому і паховому лімфаденіті місцеві симптоми розвиваються швидше, ніж при остеомієліті стегна і гнійному кокситі. За відсутності кістково-суглобової патології пасивні рухи в суглобі можливі та спочатку практично безболісні.

Іноді неспецифічний коксит у новонароджених на ранніх стадіях і за нечіткого перебігу приймають за вроджений вивих стегна. Наявність позитивного симптому клацання або зісковзування (симптом Маркса—Ортолані), регідності при відведенні стегна у фронтальній площині та відсутності при цьому больової реакції і ознак інтоксикації може свідчити про вроджений вивих стегна.

Остаточний діагноз, особливо на ранніх стадіях захворювання, при гнійному артриті будь-якої локалізації (коксит, гоніт, плексит тощо) допомагає з'ясувати термінова пункція суглоба з подальшим визначенням бактеріоскопіі і посівом суглобового випоту на флору і чутливість до антибіотиків.

Первинний артрит у новонароджених практично не зустрічається. Наявність гнійного випоту в суглобі завжди свідчить про остеомієліт однієї з кісток, які утворюють суглоб.

РА (хвороба Стілла) за своїми клінічними виявами іноді нагадує неспецифічні артрити остеомієлітичного походження. Хвороба, як правило, починається поступово, повільно і лише у небагатьох дітей гостро. Дуже рідко це захворювання розвивається у пацієнтів віком до 1 року і після 12—13 років.

Вияви, схожі на розвиток гнійної хірургічної інфекції із залученням запального процесу суглобів, має клінічний варіант суглобово-вісцеральної форми — алергосептичний синдром, який у літературі ще називається алергічний субсепсис Віслера—Фанконі. Захворювання починається гостро з фебрильної температури, шкірного висипу, набряку та болю в суглобах, рідше в одному суглобі. Кардинальна ознака під час диференційної діагностики — висип, який має алергічний характер, поліморфний.

При **гнійних плекситах**, що супроводжують гострий гематогенний остеомієліт плечової кістки, у новонароджених іноді доводиться проводити диференційну діагностику із запаленням плечового нерва, яке виявляється як синдром Дюшенна—Ерба. При цьому запальні зміни в ділянці плечового суглоба і верхньої третини плеча не виражені, м'язи атрофічні, відсутні ознаки інтоксикації, є неврологічна симптоматика — зниження рефлексів верхньої кінцівки.

Туберкульозне ураження кісток і суглобів у дітей у зв'язку з почастищенням останніми роками випадків цього захворювання знову набуває актуальності. При специфічних артритах захворювання розвивається поступово. Розрізняють 3 клінічні форми туберкульозного артрити: початкову, малу і виражену. Виражена форма артрити пов'язана з переходом туберкульозного процесу на суглобові поверхні кісток, ураженням сумки та периартикулярних тканин. Клінічна картина характеризується різким болем у ділянці ураженого суглоба. Наростає атрофія м'язів кінцівки, але на відміну від неспецифічного гнійного ураження суглоба дитина продовжує нею користуватися, не дивлячись на біль у кінцівці. Визначається потовщення шкірної складки на хворій кінцівці (позитивний симптом Александра). Розвиваються специфічні зміни в інших органах. Найчастіше при цьому уражаються легені та бронхіальні вузли. Поєднання кістково-суглобового туберкульозу з іншими локалізаціями специфічного процесу у дітей перевищує 80 % (Ю.В. Пі-

кульова). Усе це дозволяє диференціювати специфічне ураження суглобів від гнійних артритів, викликаних неспецифічною флорою.

Своєрідність клінічних виявів **остеомиєліту** у новонароджених зумовлена поганим зв'язком окістя з розташованою нижче кісткою, малими розмірами кістково-мозкового каналу, уповільненням кровообігу в епіметафізарних відділах. Інколи ознакам ураження суглобів передують загальні симптоми: відмова дитини від грудей, підвищення температури тіла, часто з приєднанням блювоти, часті рідкі випорожнення. Проте вже до кінця 1—2 доби хвороби увагу батьків привертає неспокій дитини при сповиванні, вона уникає активних рухів, щадить кінцівку. Наростає больова контрактура, при спробі розгинання кінцівки дитина неспокійна. Частіше вражаються проксимальні епіфізи стегнової, великогомілкової і плечової кісток.

Під час **ураження плечового суглоба** рука нерухома, повернена досередини і приведена до тулуба. Шкірні покриви деякий час можуть залишатися незміненими. Оскільки суглоб покритий значним м'язовим шаром, досить складно клінічно визначити вишіт у суглобі. набряк обмежений, переважно в межах суглоба. Характерна ознака епіфізарного остеомиєліту плечової кістки — псевдопараліч променевого нерва. Диференційний діагноз проводиться з пологовими пошкодженнями кісток, які утворюють плечовий суглоб (переломи плеча, лопаткової кістки та ключиці). Остаточний діагноз у цих випадках визначають після рентгенологічного обстеження. Досить складно відрізнити остеомиєліт від паралічу плечового сплетіння (параліч Дюшенна—Ерба), що виникає під час пологів. При цьому привертає увагу той факт, що уражена кінцівка в положенні незначної пронації висить уздовж тулуба, пасивні рухи здійснюються в повному об'ємі і не викликають неспокою у дитини.

Під час **ураження кульшового суглоба** може помічатися переважання загальних симптомів захворювання над місцевими. Хоча під час огляду дитини привертає увагу те, що нижня кінцівка зігнута в кульшовому і колінному суглобах, ротувана назовні, часто стегно приведенне до передньої черевної стінки. Активні рухи відсутні, пасивні — обмежені, болючі. Місцеві симптоми не виражені. У запущених випадках (за великого скупчення випоту в суглобі) через вивих або підвивих голівки стегна можливе відносне укорочення кінцівки. Диференційний діагноз проводиться з пологовими пошкодженнями і вродженим вивихом стегна, які відхиляють після клінічного і рентгенологічного методів дослідження. Складніше провести диференційний діагноз при захворюванні м'язів тканин, що оточують суглоб. Треба зазначити, що при гнійно-запальних захворюваннях м'язів тканин не помічено стійкої згинальної контрактури, що характерніше для остеомиєліту.

Для ураження кісток, які утворюють **колінний суглоб**, характерна поява згинальної контракту-

ри. Кінцівка знаходиться в стані відведення назовні і дещо ротувана. Привертає увагу набряк у ділянці суглоба, контури якого згладжуються, визначається балотування надколінника. У запущених випадках набряк поширюється на нижні відділи стегна та верхньої третини гомілки.

Рентгенологічне обстеження — важлива ланка в діагностиці гнійних артритів, які спостерігаються при епіфізарному остеомиєліті. Як правило, проводиться обстеження хворої і здорової кінцівок. Це дає змогу здійснити порівняльну оцінку стану м'язів тканин і суглоба. На рентгенограмах, зроблених у перші дні захворювання, привертають увагу інфільтрація м'язів, розширення суглобової щілини (із боку ураження), а деколи — підвивих суглоба та епіфізеоліз. Зміна кісткової структури (торочкуватість ядра окостеніння, його нечіткість) виявляється в пізніші терміни (4—5 добу), іноді можуть визначатися ділянки деструкції.

Суглобовий синдром при соматичній патології

При **ревматизмі** у дітей відбувається залучення до патологічного процесу сполучнотканинних структур серця, судин і суглобового апарату, що підтверджується різноманітними аутоімунними реакціями і такими компонентами сполучної тканини, як структурні глікопротеїди, протеоглікани, мукопротеїни. Дискусійне питання про імуні-комплексний механізм розвитку синовітів та хореї. Залежно від переважання процесів мукоїдного набухання, фібриноїдних змін, грануломатозу та склерозу характерні ті або інші варіанти перебігу ревматизму і вияву СС.

При **ревматоїдному поліартриті** типово:

- множинність ураження суглобів;
- залучення переважно крупних і середніх суглобів (колінних, гомілково-ступневих, плечових, ліктьових, рідше — кульшових), порівняно рідко уражаються дрібні (суглоби стоп та кистей);
- симетричність ураження суглобів;
- «летючість» ураження суглобів, міграційний характер артритів.

Тривалість ураження одного суглоба не перевищує 7—10 днів, усього СС — приблизно 2—3 тиж; — відсутність залишкових змін у суглобах після перенесеного поліартриту;

- швидкий і хороший ефект від застосування нестероїдних протизапальних засобів (саліцилати, «Бруфен», «Анальгін») і гормонів — глюкокортикоїдів.

На сьогодні значно частіше доводиться зустрічатися з **ревматоїдними поліартралгіями** — за наявності скарг на болі в суглобах об'єктивні зміни в них відсутні — немає підвищення місцевої температури, набряку, почервоніння м'язів тканин. Вони характерні для поворотного ревматизму.

Клінічні дані у дітей із ревматоїдним поліартритом помітно відрізняються від симптоматики інфекційних артритів (табл. 7).

■ Таблиця 7
Клінічна симптоматика артритів і вплив на неї «пробного» лікування

Симптоматологія	Артрити			
	Ревматоїдний	Ювенільний	Туберкульозний	Бруцельозний
Інтенсивність болю	Значний у гострому періоді	Виражений	Поступово наростає	Непостійний
Перебіг хвороби	У вигляді атак	Прогресує з ремісії	Поступово прогресує	Тривалий
Порушення трофіки шкіри та м'язів	Не виражено	Характерно	Виражено в пізніх стадіях	Варіює
Переважає ураження суглобів	Великих і середніх	Великих і дрібних	Великих	Частіше дрібних
Множинність ураження суглобів	Поліартрит	Полі- та моноартрити	Моноартрити	Поліартрит
Залишкові явища після перенесеного артриту	Відсутні	Є	Є	Можливі
Рентгенографія суглобів	Непостійне розширення суглобової щілини	Остеопороз зміни щілини, анкілоз	Зміна щілини, дефект кісткової тканини	Змін зазвичай немає
Вплив протизапальних засобів /саліцилатів/	Виражений ефект	Ефект частіше мало виражений	Неефективні	Ефект мало виражений

■ Таблиця 8
Імунологічна характеристика артритів при захворюваннях сполучної тканини

Діагностична ознака	Ревматизм	Ревматоїдний артрит	КВ	Системна склеродермія
Антистрептолізин	+	+	+	-
Антистрептогіалуронідаза	+	-	-	-
Антистрептокіназа	+	-	-	-
Антикардіальні антитіла	+	-	-	-
Антинуклеарний чинник	-	++	++	++
АНТИ-ДНК	-	+	++	+
С1 комплемента	+	+	++	+
С3 комплемента	-	+	++	-
Ревматоїдний чинник у синовіальній рідині	-	++	+	-
Клітини вовчака	-	+	++	+

Примітка. ++ — максимально виражена ознака; + — позитивна ознака; - — ознака відсутня.

Результати зіставлення імунологічних характеристик хворих на ревматоїдний поліартрит і хворих на інші захворювання сполучної тканини наведено в табл. 8.

Тимчасові зміни суглобового апарату разом із шкірними геморагіями спостерігаються при анафілактичній пурпурі, частіше вони мають легкий перебіг, але можуть супроводжуватися набряком суглобів, особливо колінних (унаслідок скупчення ексудату). І тоді цей алергічний СС необхідно диференціювати з РА.

Реактивний артрит — запальне захворювання суглобів, що виникає в хронологічному зв'язку з перенесеними гострою респіраторною, сечовою або кишковою інфекціями. Серед причин захворювання, за нашими даними, переважали респіраторна і стрептококова інфекції (виявлено у половини хворих). У 22 % дітей захворювання пов'язане з інфекцією сечос-

татевої системи. У решті випадків СС розвивується через 3—5 тиж після гострих кишкових інфекцій.

Деякі з реактивних артритів належать до захворювань, що асоціюються з HLA-B27 антигеном, але більшість із них такого генетичного зв'язку не мають.

Механізми розвитку реактивного артрити повністю не визначені. Вхідними воротами інфекції при артритах найчастіше бувають носоглотка, сечостатевої органи і кишечник (Лейн, 1979). Одна з можливих ланок патогенезу — гіперергічна імунна відповідь людини на певні мікробні антигени, що знаходяться у внутрішньому середовищі організму, з утворенням імунних комплексів, із відкладенням їх у синовії суглобів. Це призводить до розвитку імуноплексного синовіїту. Враховуючи систематику захворювань суглобів, серед артритів, що поєд-

■ Т а б л и ц я 9
Критерії диференційної діагностики реактивного і псоріатичного артриту

Діагностична ознака	Реактивний артрит	Псоріатичний артрит
Зв'язок із попередньою інфекцією	Є	Не виявляється
Загальна інтоксикація	Виражена в гострому періоді	Нехарактерна
Множинність ураження суглобів	Моно- або олігоартрит	Асиметричне ураження крупних або дистальних міжфалангових суглобів
Ураження крижово-клубового зчленування	Нехарактерне	Має односторонній характер
Шкірні зміни	Рідкісні, на тлі алергічного діатезу	Пов'язані з псоріазом (бляшки)
Ураження м'яких тканин	Непостійне	Часте
Гематологічні дані	Лейкоцитоз із нейтрофільним зрушенням у гострому періоді	Виявлення HLA-B27 антигену
Динаміка ознак захворювання під впливом протизапальної терапії	Ефект лікування поступовий	Непомітна

нуються з інфекцією, залежно від того, наскільки відомий етіологічний чинник, виокремлюють: інфекційні, постінфекційні, реактивні та запальні. Проте в практичній діяльності лікаря не завжди є змога ідентифікувати збудник, тому таке групування патології суглобів, на думку В.А. Насонової, М.Г. Остапенко (1989), має умовний характер.

За літературними даними (М.В. Іванова, 1996), при реактивному артриті в патологічний процес до певних вікових періодів частіше залучаються дрібні суглоби, особливо кисти, рідше — крупні суглоби. Їх доводиться диференціювати з псоріатичним ураженням суглобів (табл. 9).

При псоріазі процес може локалізуватися у будь-яких суглобах. У дітей клініка псоріатичного артриту схожа з ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА) з підгострим перебігом, що поволі прогресує. Відбувається ураження небагатьох асиметрично розташованих крупних суглобів. Лише в окремих випадках артрит перебігає гостро з вираженими місцевими змінами і різкою хворобливістю (В.А. Артамонов, 1972). Ще рідше процес має генералізований характер із залученням декількох суглобів. Вісцерити у дітей — це виняток. В осіб молодого і зрілого віку разом із дистальними (міжфаланговими) артритами спостерігаються трофічні зміни нігтів. Можливе анкілозування дрібних суглобів. Ураження очей відбувається зрідка.

Артрити при кишкових інфекціях, пов'язані з кишковою патологією, різноманітні й охоплюють як давно відомий, уже винятково рідкісний дизентерійний артрит, так і артрит при виразковому коліті або ентериті. За клінічними виявами вони дуже схожі на ієрсиніозні артрити. Імовірно, вони мають деякі загальні механізми розвитку, отже, і загальні принципи лікування.

Артрит при виразковому коліті. Цей вид артриту (спондилоартрит) описано уже давно, але ширше висвітлення він отримав в останнє десятиліття.

Захворювання частіше починається з ураження прямої або сигмоподібної кишки, згодом переходить на інші відділи кишечника.

На зв'язок артриту з виразковим колітом указує наступне:

1. Запалення суглобів виникає на тлі коліту, найчастіше в період загострення.
2. Спостерігається паралелізм клінічного перебігу артриту і коліту.
3. Після успішного хірургічного лікування виразкового коліту настає ремісія артриту.
4. Ускладнення виразкового коліту (псевдополіпоз, парапроктити, масивні геморагії) часто супроводжуються появою артриту або його загострення. СС при виразковому коліті, як правило, помірно або слабо виражений. Уражаються переважно крупні суглоби (плечові, кульшові).

Патоморфологічний процес при ЮРА розвивається переважно в суглобах і навколосуглобових тканинах. Імунокомплексний васкуліт, котрий виникає, складає основу системності захворювання.

Найчастіше ЮРА виникає у дітей віком 3—5 і 9—12 років. У препубертатному і пубертатному періодах частіше хворіють дівчата. Основні відмінності ЮРА від РА дорослих (старше 16 років): — частіший розвиток системного варіанта хвороби з гострим початком і ураженням невеликої кількості суглобів (моно- і олігоартрит); — переважне ураження крупних суглобів і часте залучення суглобів шийного відділу хребта; — частий розвиток патології ока (зазвичай увеїту); — рідкість виявлення ревматоїдного фактора (РФ) у сироватці крові; — сприятливіший перебіг і прогноз.

Клінічні вияви ураження суглобів у дітей при ЮРА вирізняються різноманітністю. Особливості клінічних форм РА у дітей представлені в табл. 7, 8, 10.

Суглобова форма зустрічається у 65—80 % випадків. За кількістю уражених суглобів ви-

■ Т а б л и ц я 10

Діагностична таблиця клінічних форм ревматоїдного артриту

Симптоми захворювання	Клінічні форми ревматоїдного артриту		
	Суглобова	Суглобово-вісцеральна	
		Хвороба Стілла—Шоффара	Субсепсис Віслера—Фанконі
Гіпертермія	Є	Є	Інтермітивна, з лихоманкою і спітнінням
Висип на шкірі	Рідко	Симетричний поліморфний	Стійкі алергічні висипи
М'язова дистрофія	Часто	Буває	Рідко
Ураження серця	Нехарактерно	Міоперикардит, ендокардит не характерний	Міоперикардит, рідко — ендокардит
Ураження органа зору	Двобічний увеїт або іридоцикліт	Не спостерігається	Нехарактерно
Реакція лімфовузлів	Можлива	Часто	Помірна лімфоаденопатія
Збільшення селезінки	Нехарактерно	Спленомегалія	Частіше гепатоспленомегалія
Суглобовий синдром	Моно-, оліго-, поліартрит, артралгії, стійка деформація суглобів, ранкова скутість	Помічено залучення атлантаокипітального зчленування	Частіше за артралгію

окремлюють: моноартикулярну, оліго- або пауці-артикулярну форми — до 4 суглобів, і поліартикулярну — 4 і більше. У дітей найчастіше захворювання починається з ураження одного суглоба — колінного (50 % випадків), гомілково-ступневого (30 %) і набагато рідше іншої локалізації — дрібних суглобів кистей і стоп. І лише пізніше до процесу залучаються інші суглоби, зазвичай через 3 і більше тижні. Деякі суглоби практично ніколи не залучаються до запального процесу — це суглоби-винятки: дистальні міжфалангові, перший п'ястково-фаланговий, проксимальний міжфаланговий суглоб мізинця. Ураження цих суглобів у ранній фазі хвороби практично заперечує діагноз ЮРА. У 65 % випадків ураження суглобів симетричне.

На початку хвороби в суглобах переважають запальні зміни: запальний набряк періартикулярних тканин, болючий симптом флюктуації, суглоби гарячі на дотик, рухи в уражених суглобах болючі та обмежені через біль, ранкова скутість. Достатньо часто артрит супроводжується тендосиновітом. Виникає больова контрактура, кульгавість, що через 3—5 міс призводить до виникнення статичного сколіозу і плоско-вальгусної деформації стопи. Через 6—8 міс хвороба переходить у наступну (ексудативно-проліферативну) фазу. З'являється дефігурація суглобів, а в подальшому — і їх деформація. Одночасно розвивається атрофія прилеглих м'язів.

Колінний суглоб уражається найчастіше, він знаходиться в положенні згинання, що зменшує натягнення зв'язок і сухожиль, полегшує біль і може призвести за відсутності рухів у суглобі до розвитку згинальної контрактури. У частини дітей виникає ослаблення капсульно-зв'язкового апарату і розвивається латеральна гіперрухливість суглоба,

що призводить до формування вальгусної деформації кінцівок.

При ураженні променево-зап'ясткового суглоба до процесу залучаються суглоби зап'ястка. Потім у результаті деструкції суглобових поверхонь утворюється кістковий блок.

Ураження суглобів кисті може призвести до ульнарної девіації — відхилення пальців у бік ліктьової кістки, зумовлене підвихами в п'ястково-фалангових суглобах. Кисть набуває вигляду «плавника моржа». Характерна також деформація у вигляді «шиї лебедя» — згинальна контрактура в п'ястково-фалангових суглобах, що поєднуються з перерозгинанням у проксимальних міжфалангових суглобах і згинанням нігтьових фаланг.

Ураження ліктьового суглоба рідко зустрічається на початку хвороби, при розвитку процесу лікоть фіксується в положенні напівзгинання та напівпронації.

Достатньо рано у дітей починають розвиватися амітрофії, швидкість розвитку і вираженість яких корелюють із тяжкістю перебігу і активністю процесу. Уражаються в першу чергу розгиначі, розташовані вище ураженого суглоба. За активності процесу розвиваються також тендиніти, які виявляються болем та набряком у ділянці ураженого сухожилля.

За тривалого перебігу запального процесу також помічено ураження шкіри. Шкіра в ділянці ураженого суглоба бліда, тонша, суха, може виникати гіперпігментація і гіперкератоз. Іноді з'являється рожеве з ціанотичним відтінком забарвлення кінчиків пальців та долонь.

Ревматоїдні вузлики — важливий діагностичний критерій, що свідчить про високу активність ревматоїдного процесу. Вони з'являються на розгинальних поверхнях ліктьового, рідше колінного суглобів і є щільними сполучнотканинними утво-

■ Та б л и ц я 11

Діагностичні критерії ревматоїдного артриту у дітей (за А.А. Яковлевою)

А. «Великі ознаки»	Б. «Малі ознаки»
1. Суглобовий синдром 2. Артрит ще одного або декількох суглобів (за спостереженнями лікаря) 3. Ранкова скутість (загальна і/або місцева) 4. Ревматоїдні вузлики 5. Біль та обмеження рухливості в ділянці шийного відділу хребта 6. Збільшення пахових, ліктювих лімфовузлів 7. Ревматоїдне ураження очей (увеїт, ускладнена катаракта, дистрофія рогівки) 8. При рентгенографії суглобів виявляють остеопороз, субхондральні кісти, руйнування хряща кісток 9. Ревматоїдний фактор у синовіальній рідині 10. Наявність «рагоцитів»* у синовіальній рідині 11. Характерні патоморфологічні зміни синовіальної оболонки	1. Ревматоїдний артрит у інших членів сім'ї 2. Вік на початку хвороби (до 5 років) 3. Лихоманка 4. Алергічний висип 5. Вегетативні розлади (пітливість, тахікардія та ін.) 6. Збільшення печінки і селезінки 7. Полісерозит (перикардит, плеврит) 8. Ревматоїдний фактор у сироватці крові (у низьких і помірних титрах) 9. Збільшення мукоїдних з'єднань у крові (сіало-, мукопротеїни) 10. Диспротеїнемія, збільшення імуноглобулінів і С-РП у крові 11. Відхилення в гемограмі (анемія, нейтрофіліоз) 12. Запальні зміни у синовіальній рідині

Примітка. * Рагоцити — нейтрофіли синовіальної рідини, в цитоплазмі яких містяться вclusions (спостерігаються при всіх хронічних артритах).

реннями розміром 0,3—0,5 см, безболісні під час пальпації. Зазвичай вони з'являються при серопозитивному ЮРА і слугують несприятливою прогностичною ознакою.

Лімфоаденопатія — один із найчастіших позасуглобових виявів ЮРА, що свідчить про активність ревматоїдного процесу. Можуть збільшуватися всі групи лімфовузлів, проте для ЮРА дуже характерне під час ураження суглобів кисті або променево-зап'ясткового суглоба залучення кубітальних лімфатичних вузлів. Вони пальпуються в нижній третині плеча вздовж медіальної поверхні поряд із черевцем біцепса. За нашими спостереженнями, вони можуть збільшуватися за рецидиву раніше появи клініки і серологічної активності.

Суглобово-вісцеральна форма — важча і характеризується залученням до процесу не лише суглобів, а й інших органів та систем. Виокремлюють низку варіантів перебігу:

1. Синдром Стілла.

2. Алергосептичний синдром (субсепсис Віслера—Фанконі), який в англо-американській літературі розглядається як варіант перебігу РА у дітей, тоді як у нас деякі автори вважають його окремою нозологічною одиницею.

3. Суглобово-вісцеральна форма з обмеженими вісцеритами.

Синдром Стілла зустрічається у 10—12 % випадків (у Криму 6,9 %) і характеризується гострим початком з ураженням крупних і дрібних суглобів шийного відділу хребта. Проте треба зазначити нестійкість СС в ранній фазі перебігу хвороби, що вкрай ускладнює діагностику в цей період захворювання. За нашими даними, такий перебіг СС був у 41 % хворих, що спостерігалися в районній державній клінічній лікарні і спеціалізованому санаторії «Здравниця». На першому місці в цей період знаходяться вияви синдрому інтоксикації, системного васкуліту, вісцеритів. До 2—3 тиж захворювання починає переважати СС, для якого ха-

рактерне ураження великої кількості суглобів (у середньому 6—8).

На сьогодні для визначення діагнозу ЮРА найширше використовуються критерії ранньої діагностики РА у дітей (А.Б. Долгополова та ін.).

Критерії ранньої діагностики ЮРА**Клінічні ознаки:**

1. Артрит тривалістю понад 3 тиж (обов'язкова ознака).
2. Ураження 3 суглобів під час перебігу хвороби у перші три тижні.
3. Симетричне ураження дрібних суглобів.
4. Ураження шийного відділу хребта.
5. Випіт у порожнині суглоба.
6. Ранкова скутість.
7. Тендосиновіт або бурсит.
8. Ревматоїдне ураження очей.
9. Ревматоїдні вузлики.

Рентгенологічні ознаки:

1. Епіфізарний остеопороз.
2. Звуження суглобової щілини.
3. Ознаки випоту в порожнині суглоба.
4. Ущільнення периартикулярних тканин.

Лабораторні ознаки:

1. ШОЕ понад 35 мм/год.
2. Позитивні РФ.
3. Позитивні дані біопсії синовіальної оболонки.

Перший критерій обов'язковий, і виявлення, крім нього, ще двох ознак дає підстави для визначення «вірогідного» діагнозу, трьох — «визначеного», а шести ознак — «класичного» ЮРА.

Виокремлюють також ознаки, які дозволяють запідозрити ЮРА в перші тижні захворювання (В.А. Насонова, 1989). До них належать:

1. Локалізація ЮРА в 2—3 п'ястково-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобах.
2. Ранкова скутість понад 30 хв.
3. Епіфізарний остеопороз на рентгенограмі суглобів.
4. Характерні для ЮРА зміни синовіальної рідини. С.В. Івановським (1993) модифіковано критерії Американської ревматологічної асоціації,

запропоновано додаткові лабораторні показники ремісії. Їх наведено нижче:

- відсутність ранкової скутості;
- відсутність стомлюваності;
- відсутність болю в суглобах у стані спокою;
- відсутність артралгій під час руху;
- відсутність набряку суглобів та сухожиль;
- ШОЕ не вище 12 мм/год;
- відсутність С-реактивного протеїну в крові;
- рівень альфа-2-глобулінів у крові не більше 10 %;
- рівень гамма-глобулінів не вище 18 %;
- ЦВК не більше 52 од. (ПЕГ-6000);
- показник гемоглобіну — не нижче за 110 Г/л.

Суглобовий синдром при системних захворюваннях сполучної тканини

Системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) — це група хвороб, яка складається із системного червоного вовчака, системної склеродермії, дерматомиозиту, синдрому Шегрена та ін. Найчастіше страждають діти шкільного віку, особливо дівчатка.

У виникненні СЗСТ провідна роль належить вірусній інфекції. Існує думка про те, що деякі типи вірусів здатні вбудовуватися в геном клітини і тривало співіснувати з макроорганізмом. У несприятливих умовах віруси активізуються, набувають патогенних властивостей. Істотне значення конституціональних і сімейних особливостей стану реактивності організму. Провокаційні фактори: інсоляція, дія низьких температур, інфекційні захворювання (особливо в активний, гострий період), психічні і фізичні травми. Розвиток СЗСТ зумовлений порушенням регуляції імунної відповіді, особливо зниженням функції Т-лімфоцитів.

СЗСТ — імунокомплексна патологія з прогресивним і самопідтримувальним характером запального процесу. Виникнення аутоімунних порушень пов'язане з порушенням клітинної кооперації, активацією В-лімфоцитів та гіперпродукцією аутоантитіл. Складний взаємозв'язок імунокомплексних та аутоімунних реакцій, нейроендокринних зрушень, зумовлений відповідними особливостями передачі спадкової інформації.

Інтенсивність запального процесу залежить від дії біологічно активних речовин, таких як: гістамін, серотонін, кінінутворювальна система (фактор Хагемана та ейкозаниди), простагландини, тромбокساني, лейкотрієни, система комплементу, лізосомальні ферменти, циклічні нуклеотиди і цитокіни. Із цитокінів найважливіша роль належить інтерлейкіну-1. Встановлено, що макрофаги передають Т-клітинам одночасно перероблений антиген та інтерлейкін-1, який готує рецептори на Т-хелперах для передачі антигена на В-лімфоцити, він також сприяє продукції простагландинів та придушенню клітинних реакцій в осередку запалення.

Клінічно СЗСТ характеризуються швидкою генералізацією патологічного процесу, важкими

вісцелярними виявами, вираженими гематологічними та імунними порушеннями.

Один із частих симптомокомплексів маніфестного перебігу СЗСТ — СС. Особливості ураження суглобів такі:

Системний червоний вовчак. СС — один із перших та найчастіших клінічних ознак хвороби.

Артрит гострий або підгострий. Періартрит із швидкоплинними ексудативними змінами. Уражаються як дрібні, так і крупні суглоби. Суглобові хрящі зберігаються. Остеопороз виражений тією чи іншою мірою.

Артралгії мають летальний характер. Часті міалгії та міозити. У частини хворих виражена атрофія м'язів.

Системна склеродермія. СС помічається майже в усіх хворих як поліартрит або поліартралгії та періартрити. Відбувається відкладення солей кальцію в періартикулярних зонах.

Дерматомиозит. Спостерігаються як поліартрити, так і поліартралгії. Симетрично уражаються дрібні, середні та крупні суглоби. Поліартрити зазвичай мають підгострий характер. Можлива кальцифікація суглобової капсули. Певні складнощі має диференціація деяких артритів з остеохондропатіями. Діагностичні критерії наведено в табл. 12.

Лейкоз і гемофілія. Артралгії, зокрема в ділянці суглобів нижніх кінцівок, що нагадують остеоіміаліт, можуть бути раннім виявом лейкозу, якщо поєднуються із загальними порушеннями стану дитини (блідість, анемія, слабкість, біль у горлі, підвищена температура тіла, збільшення периферичних лімфовузлів). Часто при цьому діти скаржаться і на болі в кістках. Зовнішніх змін суглобів зазвичай немає. Але при рентгенологічному дослідженні скелета виявляють зміни у вигляді остеолітичних осередків, що локалізуються в метафізах довгих трубчастих кісток і зумовлені лейкемічними інфільтратами. Діагноз визначають за гематологічними даними і результатами пункції груднини.

Розвиток гемартрозу, навіть після легкої травми суглоба, характерний для гемофілії. У дітей відбувається швидке посилення болю, уражений суглоб збільшується у розмірах. Частіше травмуються колінні та ліктьові суглоби. Резорбція крові супроводжується коливаннями температури тіла. При повторних крововиливах настає потовщення синовіальної оболонки, відкладення фібрину, анкілозування суглоба. Рентгенологічно вдається встановити ерозію хряща, підвивих і екзостози (І. Андреев, 1977).

Артропатії при обмінній патології у дітей. Порушення структури і деформація кісток, що супроводжуються болем у кінцівках, спостерігаються при зміні скелета, пов'язані з вираженим остеопорозом. У ранньому віці та у дошкільнят вони розвиваються за важких форм рахіту, особливо ниркового. У дітей шкільного віку можуть виникати при целіакії. Кістково-суглобовий біль спостеріга-

■ Та б л и ц я 12

Критерії диференційної діагностики деяких артритів та остеохондропатії (за А.А. Яковлевою, Т.Н. Коп'євою)

Симптоматологія	Ревматоїдний артрит	Туберкульозний артрит	Остеохондропатія
Суглоб, який уражається найчастіше	Колінний, гомілково-ступневий, променево-зап'ястковий	Кульшовий	Кульшовий
Ранкова скутість	+	–	–
Нічні крики	+	+	–
Натічні абсцеси, нориці	–	+	–
Остеопороз суглобових кінців	+	Осередковий	У пізньому періоді
Осередок деструкції у кістці	Псевдокісти	+	Фрагментація
Туберкулінові проби	+	+	+
Переважає нейтрофілів у синовіальній рідині	Часто	Рідко	–
Ревматоїдний фактор у синовіальній рідині	+	–	–

ється при остеосклерозі. Іноді при Д-резистентному рахіті відбуваються надломи довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок.

Під час вродженого порушення обміну білків алкаптонурия виявляється у дітей уже в грудному віці відставанням фізичного розвитку, помутнінням сечі під час відстоювання. Пізніше відбувається відкладення алкаптону в суглобовому хрящі та зв'язковому апараті суглобів, що призводить до формування артрозу крупних зчленувань. При ураженні хребта виникають

деформації і з'являється обмеження рухів (І. Андреев).

Висновки

Діагностика, зокрема диференційна, суглобового синдрому — украй важка проблема у дітей усіх вікових груп. Та лише знання всіх диференційно-діагностичних моментів, які представлено в лекції, допоможе практичному лікарю вчасно визначити діагноз та ґрунтовно провести лікування.

Література

1. Андреев И., Вапцаров И., Михов Х., Ангелов А. Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней.— Изд.5. перераб. и дополн.— Пловдив, 1977.— С. 450—469.
2. Анселл Б. Ревматические болезни у детей.— М.: Медицина, 1983.— 295 с.
3. Белопольский Ю.А. Настольный справочник педиатра.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.— С. 236—245.
4. Геппе Н.А. Справочник врача по педиатрии.— М., 2002.— С. 142—154.
5. Данилов А.А., Рибальченко В.Ф., Акмоллаев Д.С., Васильев О.В. Синдром хромоты у детей. Лекция // Хирургия дитячого віку.— № 3 (28)— 2010.— С. 78—88.
6. Данилов О.А., Рибальченко В.Ф., Акмоллаев Д.С., Васильев О.В. Діагностика синдрому кульгавості у дітей // Хирургія дитячого віку.— № 4 (29)— 2010.— С. 74—91.
7. Зубарев В.Л., Ивановский С.В., Лебедева Т.Н., Пономарева С.Л. Артралгии и артриты у детей: Информационно-дидактическое пособие.— Симферополь, 1996.— 53 с.
8. Ивановский С.В. Комплексное лечение ревматоидного артрита у детей с применением иммуномодуляторов: Автореф. ... канд. дисс.— Симферополь, 1993.— 20 с.
9. Королева Н.И., Евтушенко Т.Н. Хронические инфекционные полиартриты невыясненной этиологии у детей и их санаторно-курортное лечение.— М.: Медгиз, 1958.— 136 с.
10. Мелихова Н.И. Ювенильный ревматоидный артрит.— М.: Медицина, 1991.— 208 с.
11. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1989.— 592 с.
12. Нестеров А.И. Ревматизм.— М.: Медицина, 1973.— С. 3—195.
13. Острополец С.С., Буряк В.Н. Диагностические синдромы заболеваний детского возраста.— Донецк, 1993.— С. 29—39.
14. Ошват Пал. Аллергические и иммунологические болезни детского возраста.— Будапешт: Изд. АН Венгрии, 1983.— С. 157—161, 204—205.
15. Студеникина М.Я., Яковлева А.А. Артрология детского возраста.— Л.: Медицина, 1989.— 450 с.
16. Чичко М.В. Детские болезни: Справочник.— Минск, 2003.— С. 531—553.
17. Энциклопедия здоровья матери и ребёнка.— К.: Украинская энциклопедия, 1992.— С. 35—37.

Суставной синдром у детей с хирургической и соматической патологиями

А.А. Данилов, В.Ф. Рыбальченко, Д.С. Акмоллаев, С.А. Зинченко, О.В. Волкодав, Ю.Л. Душкевич

В лекции представлены основные причины суставного синдрома у детей всех возрастных групп. Отражена диагностика, включая дифференциальную, у детей с хирургической и соматической патологиями.

Ключевые слова: суставной синдром, дети, хирургическая и соматическая патологии.

Arthral syndrome in children with surgical and somatic pathology

O.A. Danylov, V.F. Rybalchenko, D.S. Akmollaev, S.O. Zinchenko, O.V. Volkodav, Yu.L. Dushkevych

The arthral syndrome principal reasons for children of all age groups are presented in this lecture. The diagnostics methods and differential diagnostics for children with surgical and somatic pathology were discussed.

Key words: arthral syndrome, children, surgical and somatic pathology.