

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ ДИЈАГНОЗА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА НА АРТРИТИС ВО ДЕТСКАТА
ВОЗРАСТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и епидемиологија на артритис во детската возраст преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и епидемиологија на артритис во детската возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагноза и епидемиологија на артритис во детската возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и епидемиологијата, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8898/2

30 ноември 2013 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ДИЈАГНОЗА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА НА АРТРИТИС ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

МЗД Упатство
5.3.2010

- Основни податоци
- Итност на дијагнозата
- Инвестирации во диференцијалната дијагноза на артритис во детска возраст
- Епидемиологија
- Уритикарија и артритис (серумска болест)
- Enteroarthritis
- Borrelia arthritis
- Други акутни форми на артритис
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Артритисот може да се диференцира од другите состојби врз база на симптомите и на клиничкиот преглед (1).

ИТНОСТ НА ДИЈАГНОЗАТА

1. Ургентни состојби
 - Бактериски инфективен arthritis,
 - Малигнитет (леукемија),
 - Клизечка епифизиолиза на колкот,
 - Фрактури,
2. Неургентни состојби
 - Јувенилен ревматоиден артритис (iridociklitis),
 - Perthes-ова болест,
 - Реактивен ентероартритис.

ПРИМАРНА ДИЈАГНОЗА

- Следниве препораки за примарна дијагноза се базирани на ургентност (итност) на дијагнозата и лесно достапните дијагностички методи.
 1. **Бактериските инфекции и малигнитетот** се третираат според итноста - фаза I од дијагностичките тестови. Интензивна болка при движење, треска над 38.5 C, серумска концентрација на CRP над 20 mg/l кај моноартрит сугерираат бактериска инфекција. Интензивна болка во мирување и абнормален наод во клиничката слика сугерираат леукемија. Ако постои сомнение за овие болести, а со иследувањата кои му се на располагање на лекарот не може да ги исклучи, пациентот итно треба да се префрли во болница која располага со можности за неопходните дијагностички процедури и да се започне со третманот. Антибиотскиот третман не треба да се започне пред да се добие примерок од синовијалната течност.
 2. Идентификувајте ги следните состојби врз база на клиничката слика:
 - Транзиторен синовит на колкот (дијагнозата треба да се потврди ехографски доколку е тоа можно).

- Henoch-Schönlein пурпура (2).
- Уртикарија со артрит (серумска болест).
- 3. Посомневајте се на следниве болести врз база на клиничката слика:
 - Јувенилен ревматоиден артритис (3).
 - Ентероартритис; две недели по почетокот на симптомите (или веднаш кај селектирани случаи) направете серологија за:
 - Yersinia, Salmonella (и Campilobacter),
 - ANA (антинуклеарни антитела).
- Одложувањето од две недели е добар „дијагностички тест“, бидејќи значителен број случаи на артритис се излекувани во тој период и нема потреба од понатамошни истражувања.
- Интерпретацијата на Borrelia серологијата и одлуките за третман, како и понатамошните истражувања за суспектен јувенилен ревматоиден артрит секогаш треба да се изведуваат од специјалист.

ИНВЕСТИГАЦИИ ВО ДИФЕРЕНЦИЈАЛНАТА ДИЈАГНОЗА НА АРТРИТИС ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

Табела 1. Истражувања во диференцијалната дијагноза на артритис во детска возраст

Група на пациенти	Тест
1.*Истражувањето кои мора да се извршат	
Сите деца со зглобни симптоми (фаза 1)	*CRP *Седиментација на еритроцити *Број на леукоцити , диференцијална крвна слика, хемоглобин, број на тромбоцити, тест за стрептококна инфекција, анализа на урина
Артритис кој трае повеќе од две недели или суспектен ентероартритис (Фаза 2)	(Антинуклеарни антитела) *Yersinia и Salmonella-серолошки тестови (>5 години) Копрокултура (>5 години)
Истражувања од специјалист	1. ANA-Антинуклеарни антитела 2. RF-Ревматоиден фактор 3. ASO-Антистрептолизински титар 4. Серологија за Chlamydia 5. Антивирусни антитела 6. Серологија за Borrelia

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Сензитивноста на комбинација од зголемена температура најмалку 38,5⁰C и серумска концентрација на CRP поголема од 20mg/L за септичен артритис речиси е 100%. Висока сензитивност е неопходна, бидејќи септичен артритис е состојба која мора да биде третирана. Артроцентезата вообичаено не е индицирана ако ниту една од погоре споменатите кондиции не е присутна.
 - Ако лабораториски тестови не е можно да се направат, комбинацијата од температура и моноартрит се индикација за итно префрлање во болница.
- Нормалниот број на леукоцити не ја отфрла можноста за септична инфекција, но зголемениот број на леукоцити може оди во прилог на дијагнозата. Седиментацијата на

еритроцитите расте побавно од CRP, но е подобар маркер од CRP во диференцијацијата на инфламаторните услови од неинфламаторните (ортопедски) причини за зглобни симптоми.

- Бидејќи леукемијата може иницијално да се манифестира со зглобни симптоми (вообичаено со силна болка во ноге), диференцијалната леукоцитна формула треба да биде вклучена во иницијалните истражувања за артритис.
- Бета хемолитичен стрептокок од групата А може да биде детектиран во брис од грло кај Henoch-Schönlein пурпура (2) и кај другите форми на акутен артритис. Во овие случаи стрептококот мора секогаш да биде ерадициран со антибиотици. Ако е детектиран хемолитички стрептокок од групата А, треба да се мисли на ревматска грозница доколку и клиничката презентација оди во прилог (температура и мигрирачки полиартритис, дури и erythema nodosum).
- Уринарниот преглед може да биде позитивен кај Henoch-Schönlein пурпура, системски лупус еритематозус (хематурија) и ентероартритис и Kawasaki – евата болест (пиурија).
- Агенсот кој е причина за ентероартритис треба да биде баран кај сите пациенти над 5-годишна возраст или ако клиничката презентација сугерира ентероартритис или артритис кој трае повеќе од две недели.
- Имајте ја на ум можноста за болеста на Kawasaki (4) ако болен артрит се развие 1-2 недели по епизода на висока треска.
- Ревматоидниот фактор ретко е позитивен кај јувенилен ревматоиден артритис (3). Не треба да биде вклучен во иницијалните испитувања кај децата со артритис, туку одложено во понатамошна проценка и класификација на пролонгиран артритис.
- Антистрептолизински тест е бескорисно испитување, бидејќи лажно позитивните резултати се чести, а ревматската треска е ретка.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцата на артритис во детска возраст е околу 1/1000 годишно. Практичната класификацијата ги дели артритисите во 4 групи.
- Болестите кои се болдирани можат да бидат третираны од матичен лекар. (Види табела 2).

Табела 2. Епидемиологија на артритиси кај децата

Етиологија	Процентуална застапеност
Септичен артритис	6%
Акутен транзитoren артритис	72%
<ul style="list-style-type: none"> • Транзитoren синовитис на колкот • Уртикаријален артритис (серумска болест) • Henoch-Schönlein пурпура • Други 	48% 5% 14% 14%
Пролонгирани	22%
<ul style="list-style-type: none"> • Јувенилен ревматоиден артритис • Ентероартритиси 	17% 5%
Други	<1%
<ul style="list-style-type: none"> • Малигни болести (леукемија) 	

СЕРУМСКА БОЛЕСТ (Уртикарија и arthritis)

- Уртикарија и артритис или серумска болест вообичаено е предизвикана од лекови. Присутните симптоми опфаќаат :
 - уртикарија (или понекогаш макулопапулозен раш) и
 - засегање на метатарзофалангеалните зглобови.
- Пациентот може да има умерена температура и лесно забрзана седиментација на еритроцитите; серумскиот CRP ретко е покачен.
- Симптомите се јавуваат одеднаш по почетокот на антибиотскиот третман (вообичаено cefallog или penicillin) и исчезнуваат за една недела.
- Прекинете го лекот (и избегнувајте го во иднина), дајте антихистаминици, на пр. hydroxyzine 1-2 mg/kg/ден, ако е потребно. Напрегање на болните зглобови треба да се избегнува.

ENTEROARTHRITIS

- Ентеробактериските инфекции (yersiniosis, salmonellosis, campylobacter) вообичаено се проследени со сериозен артрит кој тешко се диференцира од септичен артрит. Околу 10 % од децата имаат зглобни симптоми по салмонелозна инфекција.
- Типичната клиничка слика го подразбира следново:
 - Болеста е полиартикуларна што е многу ретко кај септичниот артрит;
 - Децата во предучилишната возраст се ретко афицирани;
 - Големите зглобови на долните екстремитети (колена и скочни зглобови) се најчесто засегнати, но и малите зглобови на прстите и рацете може, исто така, да бидат афицирани.
 - Пациентот често е фебрилен;
 - SE и серумското CRP се покачени (често и над 100).
 - Претходна дијареја или абдоминална болка е присутна само кај половина од пациентите;
- Ентероартритот може, исто така, да се презентира подмолно и со развој на моноартрит.

BORRELIA ARTHRITIS

- Влезното место е забележано од многу малку пациенти.
- Заради малата инциденца на Borrelia arthritis рутински не се одредуваат антителиа кон Borrelia кај сите деца со зглобни симптоми, но треба да се консултира специјалист за третман на борелиозни инфекции.
 - Интерпретацијата на Borrelia серологијата и третманот на борелиозните инфекции секогаш треба да им се препушти на специјалистите.

ДРУГИ АКУТНИ ФОРМИ НА АРТРИТИСИ

- Сите случаи на акутен артрит кои немаат дијагностичка клиничка презентација и не можат да се вклучат во горенаведените категории треба да се остават без посспецифична дијагноза.
- Артритот може да биде асоциран со вирусна инфекција (rubeola, morbilli, parvovirus, adenovirus).
- Одредувањето на вирусни антителиа ретко е индицирано, бидејќи, по правило, настанува многу брзо опоравување.
- Chlamydia серологијата треба да се направи кај пролонгирани артрити со непозната етиологија. Секогаш треба да се консултира специјалист.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kunnamo I, Kallio P, Pelkonen P. Clinical signs and laboratory tests in the differential diagnosis of arthritis in children. Am J Dis Child 1987;141:34.

2. Visa Honkanen Article ID: ebm00651 (029.081)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 5.3.2010 www.ebm-guidelines.com

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.

3. Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.