

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00438&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00438. Клінічне обстеження пацієнтів із запаленням суглобів у первинній медичній допомозі

Автор: Riitta Luosujärvi

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2017-07-25

- Див. також статті [Біль у коліні](#) [настанова 00421 | Біль у коліні], [Обстеження плечового суглоба](#) [настанова 00404 | Огляд плечового суглоба], [Біль у гомілковостопному суглобі та стопі у дорослих](#) [настанова 00431 | Болісні стани в ділянці ...].

Основні положення

- Септичний артрит є екстремним станом, який потрібно діагностувати та лікувати у найближчій лікарні. Причини, що вимагають специфічного лікування, потрібно виключити протягом 2 тижнів.
- Усіх пацієнтів з підозрою на ревматоїдний артрит потрібно відразу направити до ревматолога.
- Подагру можна діагностувати і починати її лікування у первинній медичній допомозі.
- Остеоартрит переважно лікують у первинній медичній допомозі, його слід диференціювати від запальних захворювань суглобів [настанова 00440 | Специфічні ознаки і симп...].
- Поліартрит з недавнім дебютом у першу чергу слід розглядати як ревматоїдний.

- Лабораторні дослідження, окрім маркерів запалення та ревматоїдного фактора (РФ), слід призначати зі стриманістю.
- Візуалізаційні дослідження часто підтверджують діагноз.
- Слід дотримуватись локальних маршрутів надання медичної допомоги.

Загальна інформація

- Існує багато потенційних причин поліартритів і встановлення правильного діагнозу може вимагати спостереження протягом кількох тижнів або навіть місяців.
- Лікування спрямоване більше на патофізіологічний запальний процес, ніж на конкретне захворювання. Тому встановлення остаточного діагнозу не завжди необхідно для початку лікування.
- Для отримання хороших результатів необхідно почати лікування запалення суглоба до початку хронізації процесу.

Епідеміологія

- Див. таблицю [табл. T1].

Таблиця T1. Епідеміологія запальних захворювань суглобів (випадки/10000 дорослих, північноєвропейські показники)

Етіологія	К-ть випадків	Коментарі
Ревматоїдний артрит	5	
Невідома етіологія	8	Найчастіше випіт у порожнину колінного суглоба, часто транзиторний
Спондилоартрити	4	1 анкілозивний спондиліт, 1 реактивний уроартрит, 1 ентероартрит та 1 псоріатичний артрит
Подагра	5	
Системне захворювання сполучної тканини	1	
Інші	2	Септичні і вірусні запалення суглобів

Анамнез захворювання

- Анамнез захворювання пацієнта збирають відповідно до нижченаведеного переліку. Лабораторні дослідження першої лінії на основі даних анамнезу: див. таблицю [табл. T2].

- Ранкова скутість та її тривалість в ураженому суглобі
- Біль в суглобі при рухах, постійний біль
- Біль у нижній частині спини у спокої
- Біль у нижній частині спини зменшується при рухах
- Недавно перенесена травма
- Симптоми з боку суглобів в анамнезі
- Сімейний анамнез запалення суглобів, псоріазу
- Псоріаз (шкіра, нігті)
- Недавній епізод діареї
- Симптоми запалення очей
- Порушення сечовипускання, гнійні виділення з уретри
- Статеві контакти
- Інші ознаки інфекції (фарингіт?)
- Феномен Рейно
- Фотодерматит
- Вживання пива чи діуретиків
- Метаболічний синдром

Клінічне обстеження

- Клінічне обстеження завжди повинно базуватись на ретельно зібраному анамнезі.
- Попросіть пацієнта роздягнутись до білизни.
- Важливим є клінічне спостереження за пацієнтом: рукостискання, хода, знімання одягу.
- Чи супроводжує пацієнта інша особа через тяжкість симптомів?
- Загальний огляд повинен бути досить ретельним: аускультация серця і легень, вимірювання артеріального тиску, пальпація лімфатичних вузлів і живота, огляд ротової порожнини і шкіри.
- Після загального огляду на першому візиті потрібно обстежити всі суглоби.

- Після цього потрібно визначити, чи симптоми пов'язані безпосередньо з суглобом чи з прилеглими тканинами, наприклад, при склеродермії внаслідок ущільнення шкіри виникає скутість і обмеження рухів у суглобах.
- Якщо симптом пов'язаний безпосередньо з суглобом, далі потрібно на основі анамнезу і клінічного обстеження з'ясувати, чи має місце запалення суглоба [Настанова 00439 | Клінічна діагностика зап...]. Метою є диференціювати суглобовий біль (артралгії), що може бути пов'язаний з, наприклад, багатьма інфекційними захворюваннями, від власне запальних симптомів, вираженість яких залежить від тяжкості запального процесу:
 - біль при рухах
 - постійний біль
 - припухлість
 - підвищення температури шкіри над суглобом
 - скутість
 - обмеження рухів в ураженому суглобі.
- Якщо при клінічному обстеженні виникає підозра на захворювання із залученням багатьох органів і систем, наприклад, гіпотиреоз (див. [Настанова 00514 | Hypothyroidism]), може виникати потреба в подальших дослідженнях і початку лікування за наявності показань.

Наступні дослідження при підтвердженому запаленні суглобів [Доказ 05951 | C]

- При гострому моноартриті виконують артроцентез з подальшим аналізом синовіальної рідини (див. [Настанова 00466 | Дослідження синовіальної...]). Якщо у пацієнта лихоманка або підвищені рівні сироваткового СРБ, ШОЕ або кількості лейкоцитів, розгляньте ймовірність гнійного артрити, реактивного артрити [Настанова 00450 | Реактивні артрити] або подагри [Настанова 00451 | Подагра і псевдоподагра].
 - Якщо синовіальна рідина каламутна, пацієнта потрібно госпіталізувати для виключення гнійного артрити (бактеріальний посів і мікроскопія суглобової рідини з фарбуванням за Грамом, посів крові). Ризик гнійного артрити найвищий у пацієнтів, які вже мають захворювання суглобів (остеоартрит, ендопротезування суглобів), системне захворювання, таке як цукровий діабет, або недавно

перенесене хірургічне втручання, у тому числі видалення зуба внаслідок гнійного запалення. Найчастішим збудником є стафілокок.

- Якщо синовіальна рідина гнійна (кількість лейкоцитів перевищує $40\,000 \times 10^6/\text{л}$), пацієнта слід негайно госпіталізувати. Навіть менша кількість лейкоцитів у синовіальній рідині не виключає септичний артрит; у таких випадках рішення про початок антибіотикотерапії (в умовах стаціонару завжди парентерально) базується на клінічній картині і рівні сироваткового СРБ. Рекомендовано частину отриманої синовіальної рідини направити разом з пацієнтом у лікарню для подальшого дослідження (наприклад, мікроскопія з фарбуванням за Грамом).
- Також необхідним є аналіз синовіальної рідини на кристали для підтвердження діагнозу подагри, і зразок слід отримати якомога швидше, оскільки згодом рідина може швидко зникнути, що зробить неможливим наступний її забір. Пацієнтам з типовою клінічною картиною подагри (раптовий початок, виражена болючість та гіперемія першого плеснофалангового суглоба у чоловіка або у жінки, яка приймає діуретики) у вигляді першої допомоги можна провести внутрішньосуглобове введення метилпреднізолону.
- Клінічна картина і результати аналізу синовіальної рідини зазвичай допомагають диференціювати остеоартрит від запальних захворювань суглобів відразу на початкових етапах [настанова 00440 | Специфічні ознаки і симп...]. Якщо кількість лейкоцитів у синовіальній рідині перевищує $2000 \times 10^6/\text{л}$, стан свідчить на користь запального процесу і дозволяє припустити ревматоїдний або інший запальний артрит. Нормальні рівні ШОЕ і СРБ свідчать на користь остеоартриту.
- Для уточнення симптомів з боку скелетно-м'язової системи при бореліозі див. статтю про Лайм-бореліоз [настанова 00031 | Лайм-бореліоз (ЛБ)].
- Більш специфічні дослідження проводять згідно з таблицею [табл. T2] залежно від клінічної картини. Діагностика на основі клінічних ознак: див. [настанова 00440 | Специфічні ознаки і симп...].

Таблиця T2. Лабораторні тести у пацієнта із симптомами запалення суглобів

Анамнез та клінічна картина		Обстеження
A	Усі пацієнти із запаленням суглобів	<ul style="list-style-type: none">• ШОЕ, СРБ, загальний аналіз крові з тромбоцитами, загальний аналіз сечі

	Анамнез та клінічна картина	Обстеження
		<ul style="list-style-type: none"> • Анти-ЦЦП (циклічний цитрулінований пептид) антитіла за підозри на ревматоїдний артрит • Аналіз синовіальної рідини за можливості отримання її зразка (клітинний склад, кристали, бактеріологічний посів і за необхідності мікроскопія з фарбуванням за Грамом)
Б	<p>Моноартрит (подагра, псевдоподагра, бактеріальний артрит, реактивний артрит); пацієнт з подагрою: зазвичай вживає пиво або діуретики, артрит першого плесно-фалангового суглоба</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Аспірація синовіальної рідини (клітинний склад, кристали, бактеріологічний посів з мікроскопією з фарбуванням за Грамом за необхідності), сечова кислота плазми крові (концентрація може бути низькою під час гострого нападу подагри)
В	<p>Затяжне запалення суглоба / запалення суглобів з переважним ураженням дрібних суглобів (ревматоїдний артрит?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • РФ і анти-ЦЦП антитіла
Г	<p>Гостре запалення суглоба у молодих осіб з наявністю в анамнезі діареї, запалення очей, статевих контактів, порушень сечовипускання, гнійних виділень з уретри, інших ознак інфекції, наприклад, фарингіту (інфекційний артрит, реактивний артрит?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Аналіз калу, анти-<i>Yersinia</i>, анти-<i>Salmonella</i> і анти-<i>Campylobacter</i> антитіла за наявності в анамнезі гастроінтестинальних симптомів. • Аналіз сечі (або мазка із сечовивідного / цервікального каналу) на хламідіоз методом ампліфікації нуклеїнових кислот і за показаннями — посів на гонококи. • Антихламідійні антитіла (титр може залишатись високим тривалий час після інфікування; перевагу слід надавати методу ампліфікації нуклеїнових кислот через його високу чутливість і специфічність)
Д	<p>Можливий укус кліща у регіоні, ендемічному щодо хвороби Лайма або мігруюча еритема</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Антитіла до <i>Borrelia burgdorferi</i> (хвороба Лайма) (негативний результат на початку захворювання не виключає хворобу Лайма)
	<p>Екзантема, як при вітряній віспі</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Краснуха? Антитіла до альфавіруса за наявності сверблячих висипань наприкінці літа або восени. Парвовірус?

Анамнез та клінічна картина		Обстеження
Е	Перенесений фарингіт з лихоманкою (ревматична лихоманка?)	<ul style="list-style-type: none">АСЛ (титр антистрептолізину), посів мазка з зіву на стрептокок, ЕКГ
	Серцеві шуми, мігруючий поліартрит, подовження інтервалу PR /ознаки перикардиту (ревматична лихоманка?)	<ul style="list-style-type: none">АСЛ (визначають за підозри на ревматичну лихоманку на основі клінічних ознак, негативний результат свідчить про відсутність ревматичної лихоманки)Ехокардіографія, рентгенографія ОГП
Є	Фотодерматит, феномен Рейно (СЧВ та інші системні ревматичні захворювання)	<ul style="list-style-type: none">Антинуклеарні антитіла
Ж	Аномальна картина крові, сильний нічний біль (лейкози, інше злоякісне захворювання?)	<ul style="list-style-type: none">Лейкоцитарна формула і тромбоцити; часто необхідна рентгенографія

Візуалізаційні дослідження

- При артриті одного суглоба пальця кисті чи стопи потрібно робити знімок повністю кисті чи стопи. При поліартриті дрібних суглобів завжди показана рентгенографія обох кистей і стоп.
- Олігоартрит: візуалізаційні дослідження згідно локальних протоколів. Потрібно уникати невиправданої рентгенографії, особливо у молодих людей і дітей.
 - Дослідженням першої лінії у дорослих з симптомами ураження з боку одного великого суглоба є ультразвукове дослідження, після нього за показаннями можна провести рентгенографію, магнітно-резонансну томографію (МРТ), КТ та інші візуалізаційні дослідження.
 - У дітей УЗД теж є дослідженням першої лінії, після чого можна провести рентгенографію або МРТ залежно від анамнезу, клінічної картини, віку дитини і можливостей лікувального закладу (МРТ у маленьких дітей проводять під загальною анестезією).
- Спондилоартрити
 - Рекомендованим первинним візуалізаційним дослідженням у пацієнтів молодше 35 років є МРТ.

- У старших пацієнтів первинним візуалізаційним дослідженням може бути рутинна рентгенографія.

Тактика лікування

Показання до госпіталізації

- *Екстрене направлення*
 - Моноартрит з лихоманкою для виключення септичної інфекції
 - За можливості проведення повного аналізу синовіальної рідини пацієнтів старшого віку можна госпіталізувати не настільки екстрено.
 - Поліартрит, що супроводжується лихоманкою або погіршенням загального стану, помутнінням синовіальної рідини, що вказує на гнійний артрит (іноді поліартрит може також бути бактеріальної етіології) або значним підвищенням рівня маркерів запалення (СРБ, ШОЕ).
 - Клінічна підозра на ревматичну лихоманку
 - Підозра на рак (аномальна картина крові, винятково сильний нічний біль як основний симптом) може бути госпіталізований одразу (при аномальній картині крові) або на наступний робочий день.
- *Планова госпіталізація*
 - Клінічна підозра на ревматоїдний артрит; направлення в спеціалізоване відділення стаціонару може базуватись лише на клінічній картині. Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові з тромбоцитами, ШОЕ, СРБ, РФ і анти-ЦЦП антитіла) можуть проводитись на етапі первинної медичної допомоги, а результати передаватись у спеціалізоване відділення після направлення пацієнта за наявності єдиної комп'ютерної системи. Це дозволить уникнути затримки у встановленні діагнозу та початку лікування.
 - Питання діагностики та лікування вирішує ревматолог. Після цього застосовуються загальні принципи лікування до того моменту, коли стає можливим надання медичної допомоги повністю у первинній медичній допомозі, що зазвичай займає близько 2 років від початку терапії.

Лікування у первинній медичній допомозі

- У первинній медичній допомозі можна лікувати наступні стани:
 - всі транзиторні випадки запалення суглобів
 - помірний реактивний артрит встановленої етіології
 - при хламідійному артриті призначають доксициклін 100 мг двічі на добу протягом 2 тижнів або азитроміцин 1 000 мг одноразово, а при артритах, спричинених єрсиніями і сальмонелами, призначають ципрофлоксацин за умови позитивних результатів бактеріологічного дослідження калу [Настанова 00450 |Реактивні артрити].
 - подагра
 - випіт у порожнину суглоба при остеоартриті, спровокований фізичним навантаженням
 - динамічне спостереження за пацієнтами з контрольованим ревматоїдним артритом після направлення від ревматолога.
- При моноартриті можна проводити внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів після достовірного виключення бактеріальної інфекції (при моноартриті результати бактеріологічного посіву крові негативні, рівень СРБ в плазмі крові низький).
- Ведення пацієнтів здійснюють відповідно до принципів медичної допомоги, які передбачають тісну співпрацю лікарів первинної ланки і ревматологів.

Настанови

- [Настанова 00421](#). Біль у коліні.
- [Настанова 00404](#). Огляд плечового суглоба.
- [Настанова 00431](#). Болісні стани в ділянці щиколотки і стопи у дітей та підлітків.
- [Настанова 00440](#). Специфічні ознаки і симптоми у пацієнтів(-ок) із запальними захворюваннями суглобів.
- [Настанова 00439](#). Клінічна діагностика запалення суглобів у дорослих.
- [Настанова 00514](#). Hypothyroidism.
- [Настанова 00466](#). Дослідження синовіальної рідини.
- [Настанова 00450](#). Реактивні артрити.

- [Настанова 00451](#). Подагра і псевдоподагра.
- [Настанова 00031](#). Лайм-бореліоз (ЛБ).

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05951](#). History, physical examination, and laboratory tests in the diagnosis of septic arthritis.
Дата оновлення: 2008-04-27
Рівень доказовості: C
Резюме: A very high synovial fluid white blood cell count may rule in septic arthritis. There are insufficient data on the ability of clinical signs or laboratory tests to rule out septic arthritis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00438 Ключ сортування: 021.001 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-07-25

Автор(и): Riitta Luosujärvi Автор(и) попередніх версій статті: Tapani Helve Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#) [Internal medicine](#) [Rheumatology](#) [Surgery](#) [Orthopaedics](#) [Physical medicine](#)

Ключові слова індексу

mesh: Arthritis mesh: joint examination mesh: monoarthritis mesh: polyarthritis speciality: Internal medicine
speciality: Rheumatology mesh: synovial leucocytes mesh: chlamydia-induced arthritis mesh: Arthritis, Reactive
mesh: HLA-B27 Antigen mesh: Synovial Fluid mesh: Rheumatic Fever mesh: salmonella arthritis mesh: Arthritis, Psoriatic
mesh: Arthritis, Rheumatoid mesh: Antistreptolysin mesh: Arthritis, Infectious mesh: Osteoarthritis mesh: Gout
mesh: yersinia arthritis icpc-2: L20 icpc-2: L31 icpc-2: L88 icpc-2: L99 speciality: Orthopaedics
speciality: Physical medicine speciality: Surgery