

УДК 616-002.771:616.72-002.771:579.862.1]-036-07

О.Р. Боярчук¹, І.Е. Юрик²

Гостра ревматична лихоманка чи постстрептококовий артрит? Виклики діагностування на прикладі клінічного випадку

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Україна²Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025).8(152): 115-119. doi: 10.15574/SP.2025.8(152).115119

For citation: Boyarchuk OR, Yuryk IE. (2025). Acute rheumatic fever or post-streptococcal reactive arthritis? Diagnostic challenges illustrated by a clinical case. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(152): 115-119. doi: 10.15574/SP.2025.8(152).115119.

Гостра ревматична лихоманка (ГРЛ) і постстрептококовий реактивний артрит (ПСРА) є ускладненнями інфекції, спричиненої β-гемолітичним стрептококом групи А, які мають схожі клінічні прояви, але суттєво різняться прогнозом і підходами до лікування. На практиці диференціальне діагностування між цими станами залишається складним, особливо за відсутності ураження серця або інших великих критеріїв ГРЛ.

Мета – навести діагностичні труднощі розмежування ГРЛ і ПСРА на прикладі клінічного випадку в підлітка з гострим поліартритом і вираженим запальним синдромом після перенесеної стрептококової інфекції.

Клінічний випадок. Проаналізовано клінічні дані 14-річного пацієнта, зокрема, анамнез, фізикальне обстеження, лабораторні показники, результати інструментальних методів і лікувальну тактику. У пацієнта виявлено гарячку, поліартрит, виражену системну запальну реакцію і високий титр антистрептолізину-О, що відповідає критеріям Джонса для ГРЛ. Водночас характеристики артрити, зокрема, немігруючого, тривалого характеру зі слабкою відповіддю на нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) і відсутність кардиту вказували на ПСРА. Дитина потребувала застосування глюкокортикоїдів через недостатню ефективність НПЗЗ.

Висновки. Наведений випадок ілюструє складність розмежування ПСРА і ГРЛ в умовах перехресних клінічних ознак і вираженої запальної реакції. У таких ситуаціях ключовими є динамічне спостереження, оцінювання відповіді на терапію, а також моніторинг можливого розвитку кардиту протягом наступних місяців. Своєчасне встановлення діагнозу та адекватне лікування стрептококових інфекцій залишаються основою профілактики постстрептококових ускладнень.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнта та його батьків.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: гостра ревматична лихоманка, постстрептококовий реактивний артрит, підлітки, поліартрит, стрептококова інфекція, β-гемолітичний стрептокок групи А, диференційне діагностування.

Acute rheumatic fever or post-streptococcal reactive arthritis? Diagnostic challenges illustrated by a clinical case

O.R. Boyarchuk¹, I.E. Yuryk²¹I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine²Ternopil Regional Children's Clinical Hospital, Ukraine

Acute rheumatic fever (ARF) and post-streptococcal reactive arthritis (PSRA) are complications of infection caused by group A β-hemolytic streptococcus. These conditions share similar clinical manifestations but differ substantially in prognosis and treatment strategies. In clinical practice, differential diagnosis remains challenging, particularly in the absence of cardiac involvement or other major Jones criteria for ARF.

Aim – to demonstrate the diagnostic difficulties in distinguishing ARF from PSRA using a clinical case of an adolescent with acute polyarthritis and a pronounced inflammatory response following streptococcal infection.

Clinical case. We analyzed clinical data from a 14-year-old patient, including medical history, physical examination, laboratory parameters, instrumental investigations (electrocardiogram, echocardiography, and ultrasound evaluation of joints), and treatment strategy. The patient presented with fever, polyarthritis, a pronounced systemic inflammatory response (high C-reactive protein, elevated erythrocyte sedimentation rate, leukocytosis), and a markedly elevated antistreptolysin-O titer (3200 IU/mL), findings compatible with the Jones criteria for ARF. However, the characteristics of arthritis – non-migratory and prolonged, with a poor response to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and absence of carditis – favored the diagnosis of PSRA. Glucocorticoid therapy was required due to insufficient response to NSAIDs.

Conclusions. This case illustrates the complexity of differentiating PSRA from ARF in the presence of overlapping clinical features and a pronounced inflammatory response. In such situations, dynamic clinical monitoring, assessment of treatment response, and surveillance for potential development of carditis over the following months are essential. Timely diagnosis and appropriate management of streptococcal infections remain the cornerstone of preventing post-streptococcal complications.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained from the patient and his parents prior to study participation.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: acute rheumatic fever, post-streptococcal reactive arthritis, adolescents, polyarthritis, streptococcal infection, group A β-hemolytic streptococcus, differential diagnosis.

Гостра ревматична лихоманка (ГРЛ) і постстрептококовий реактивний артрит (ПСРА) є запальними ускладненнями інфекції, викликані β -гемолітичним стрептококком групи А (БГСА) [1,5]. Незважаючи на спільний етіологічний чинник, ці стани суттєво різняться клінічним перебігом і прогнозом, що визначає потребу в чіткому диференційному діагностуванні [1,8,18].

Гостра ревматична лихоманка – це системне запальне захворювання з ураженням серця, суглобів, шкіри та нервової системи, яке через відсутність своєчасного встановлення діагнозу і лікування може призвести до ревматичної хвороби серця із хронічними структурними ураженнями клапанів [4,10]. Незважаючи на значне зниження рівня захворюваності на ГРЛ останніми роками, хвороба залишається однією з провідних причин набутих захворювань серця в дітей і підлітків в усьому світі, особливо в країнах із середнім і низьким рівнями доходів, де поширеність цієї патології досі залишається значною [1,7,19].

Натомість ПСРА характеризується переважно артритом, який не мігрує та не супроводжується кардитом, однак клінічні й лабораторні прояви можуть бути значною мірою подібними до проявів ГРЛ, створюючи складнощі в диференційному діагностуванні [1,15]. На відміну від ГРЛ, при постстрептоковому артриті може спостерігатися затяжний перебіг артритичного синдрому і навіть ризик пізнього кардиту, що обумовлює дискусії щодо необхідності вторинної профілактики БГСА [1,8]. Клінічні відмінності між ГРЛ і ПСРА включають тривалість латентного періоду, характер артрити (мігруючий при ГРЛ і немігруючий при ПСРА), ступінь підвищення маркерів запалення і відповідь на нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) [15,17]. Проте в реальній клінічній практиці ці характеристики можуть перетинатися, що створює значні труднощі у встановленні точного діагнозу, особливо в підлітків із вираженою запальною реакцією і високими титрами антистрептококових антитіл [2,16].

Своєчасне розмежування ГРЛ і ПСРА є клінічно важливим, оскільки тактика надання допомоги, тривалість антибіотикопрофілактики та прогноз суттєво різняться. Відсутність єдиних чітких діагностичних критеріїв для ПСРА і суперечлива доказова база щодо необхідності вторинної антибіотикопрофілактики вказують на потребу в по-

дальших дослідженнях для оптимізації надання допомоги таким пацієнтам [1,15].

Мета дослідження – навести діагностичні труднощі розмежування ГРЛ і ПСРА на прикладі клінічного випадку в підлітка із вираженим запальним синдромом після перенесеного фарингіту, високим титром антистрептолізину-О (АСЛ-О) і поліартритом. Це ілюструє важливість комплексного підходу до оцінювання подібних пацієнтів.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнта і його батьків.

Клінічний випадок

Хлопчик віком 14 років госпіталізований до відділення обласної дитячої лікарні зі скаргами на біль в обох колінних суглобах, лівому гомілковостопному, лівому променево-зап'ястковому суглобах і у фалангах пальців рук, а також на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, більше на вечір, виражену загальну слабкість, втому.

З анамнезу відомо, що за 10 діб до появи вищезазначених скарг у хлопчика спостерігався біль у горлі, лихоманка до $39,9^{\circ}\text{C}$. Етіологію фарингіту розцінили як вірусну, антибіотикотерапію не призначили, отримував симптоматичне лікування. За 5 діб температура знизилася до субфебрильних цифр, проте на 10-ту добу знову з'явилася фебрильна гарячка і поліартралгія, у зв'язку з чим хлопчик був госпіталізований.

З анамнезу життя відомо, що дитина народилася від II вагітності, II пологів. Маса тіла на момент народження становила 4150 г. У фізичному і психомоторному розвитку від своїх однолітків не відставав. Щеплення проведено згідно з календарем. За даними генетичного анамнезу, у мами – цукровий діабет.

За даними об'єктивного обстеження, хлопчик підвищеного живлення, стрії на тулубі. Маса тіла – 103 кг (z-score +2,93), зріст – 182 см (z-score +2,20), індекс маси тіла – $31,1\text{ кг}/\text{м}^2$ (z-score +2,05, 98 перцентиль). Частота дихання – 18 за хв, частота серцевих скорочень – 86 уд./хв, артеріальний тиск – 130/80 мм рт. ст., сатурація артеріальної крові (SpO_2) – 99%. Межі серця – у віковій нормі. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені (через виражену жирову клітковину), систолічний шум на верхівці, V точці

(інтенсивність – 2/6). У легенях – везикулярне дихання. Живіт м'який, безболісний. Печінка на 1,5 см виступає з-під краю правої реберної дуги. Селезінка не пальпується. Колінні суглоби набряклі, гарячі на дотик, болючі при пальпації та рухах, обмеження рухів у цих суглобах. Також обмеження рухів і помірна болючість у ліктьових суглобах, більше в лівому.

У загальному аналізі крові – лейкоцитоз (17×10^9 /л) із нейтрофіліозом (77%), різко прискорена швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) (60 мм/год). Високий рівень С-реактивного білка (СРП) – 306,2 мг/л, незначно підвищений рівень феритину – до 294,9 мкг/л (норма: 30–220 мкг/л) і нормальний показник прокальцитоніну (0,046 нг/мл). Титр АСЛ-О – 3200 МОд/мл (норма: до 200 МОд/мл).

Визначено антитіла до SARS-CoV-2 і встановлено підвищений титр імуноглобуліну G – 10,899 Од (норма: менше 1).

Зв даними електрокардіографії виявлено синусову аритмію, перевантаження лівого шлуночка; за даними ехокардіографії – фракція викиду в нормі (75%), додаткова хорда в лівому шлуночку, функція і структура клапанів не порушена; за даними ультразвукового дослідження колінних суглобів візуалізовано ознаки бурситу і синовіту верхнього завороту, зниження гіалінового хряща.

Враховуючи наявність гарячки, поліартриту, підвищені рівні гострофазових показників (СРП і ШОЕ), а також дані, які вказували на перенесену стрептококову інфекцію (високий титр АСЛ-О), проведено диференційне діагностування між ГРЛ і ПСРА.

Загалом, симптоми в пацієнта відповідали критеріям Киселя-Джонса для ГРЛ. Зокрема, виявлено великий критерій – поліартрит, два малі критерії – гарячку і підвищені гострофазові показники запалення (СРП і ШОЕ) та докази перенесеної стрептококової інфекції (високий титр АСЛ-О). Навіть беручи до уваги модифіковані критерії Джонса 2015 року [10] (для країн із низьким ризиком розвитку ГРЛ, до яких належить Україна, до уваги береться тільки поліартрит, гарячка, коли підвищення температури $\geq 38,5^\circ\text{C}$, а показники ШОЕ ≥ 60 мм/год і/чи СРП $\geq 3,0$ мг/дл,) пацієнт із наведеного нами клінічного випадку відповідав цим критеріям.

Призначена антибактеріальна терапія і НПЗЗ не дали вираженого позитивного ефекту, тому до лікування додано глюкокортикоїди. На тлі ліку-

вання виявлено позитивну динаміку. Хлопчика виписано за 2 тижні від початку госпіталізації з рекомендаціями щодо подальшого лікування (НПЗЗ продовжити протягом 4 тижнів, антибіотикопрофілактика біциліном-5) і динамічного спостереження. За результатами обстеження за 2 місяці після виписки зі стаціонару не виявлено ознак кардиту. Проводиться подальше спостереження.

Обговорення

Наведений клінічний випадок засвідчує труднощі диференційного діагностування ГРЛ і ПСРА за відсутності інших великих критеріїв ГРЛ. Для встановлення діагнозу ГРЛ важлива відповідність критеріям Киселя-Джонса.

Постстрептококовий реактивний артрит визначається появою артрити після нещодавньої інфекції, спричиненої БГСА у пацієнта, який не відповідає критеріям Джонса для ГРЛ [3,8]. Хоча ПСРА багатьма клінічними характеристиками відрізняється від ГРЛ, деякі автори вважають його частиною спектра ГРЛ [18]. Інші автори вказують на різний спектр, враховуючи їхню кореляцію з різними генетичними маркерами: HLA-DRB1*01 з ПСРА та HLA-DRB1*16 з ГРЛ [8]. Період між інфекцією і появою клінічних проявів при ПСРА коротший (до 10 діб) [3]. Зазначається, що показники гострої фази зазвичай незначно збільшені при ПСРА, хоча кількість лейкоцитів часто нормальна. Артрит є асиметричним, немігруючим і тривалим; погано реагує на аспірин або інші НПЗЗ, хоча описані винятки. У більшості пацієнтів уражуються суглоби нижніх кінцівок, хоча в значній частині може бути артрит суглобів верхніх кінцівок. Перебіг ПСРА артрити зазвичай триваліший, ніж при ГРЛ [3]. У пацієнтів із ПСРА захворювання суглобів часто зберігається понад 6 тижнів і може тривати до 8 місяців. Основні диференційно-діагностичні ознаки ГРЛ і ПСРА та їх відображення в наведеного нами пацієнта зображено в таблиці.

Загалом час появи артрити, тривалість артрити, відсутність чіткого мігруючого характеру, слабка відповідь на НПЗЗ, відсутність інших великих критеріїв ГРЛ вказують на користь ПСРА, тоді як вираженість гострофазових показників запалення більше свідчить на користь ГРЛ. Інші автори також зазначають, що симптоми, лабораторні результати та клінічне обстеження викликають невизначеність, чи страждає пацієнт на ГРЛ чи

Диференційне діагностування гострої ревматичної лихоманки і постстрептококового реактивного артриту

Ознака	ГРЛ	ПСРА
Час появи інфекції, зумовленої БГСА	2–4 тижні	7–10 діб
Тип артриту	Мігруючий, летючий	Немігруючий, стійкий
Тривалість артриту	Короткотривала, 48–72 год	Тривала (тижні, місяці)
Відповідь на НПЗЗ	Дуже добра	Слабка або мінімальна
Ураження серця	50–60%	Дуже рідко – 1–5%
Інші критерії ГРЛ	Часто наявні	Відсутні
Лабораторні маркери запалення	Підвищені ШОЕ, СРП, лейкоцитоз	Помірно підвищені або нормальні
Вік пацієнта	5–15 років	Частіше підлітки та молоді дорослі; у дітей – рідше
Антибіотики	Потрібні для ерадикації ПСРА та профілактики рецидиву	Не впливають на перебіг хвороби

Примітка: жирним шрифтом виділено ознаки, виявлені в наведеному нами клінічному випадку.

ПСРА, оскільки пацієнт має характеристики обох станів [18].

Аналіз випадків ГРЛ і ПСРА, проведений в Японії у 2010–2015 рр., свідчить, що за цей період зареєстровано 44 випадки ГРЛ і 21 випадок ПСРА [17]. Вік пацієнтів із ГРЛ і ПСРА практично не різниться. При ПСРА переважає поліартрит, але у 28,6% пацієнтів виявлено моноартрит, а у 19% – мігруючий артрит. У жодного пацієнта не діагностовано кардиту. Водночас повідомлення зі США вказують, що ПСРА трапляється вдвічі частіше за ГРЛ і не є наразі таким рідкісним захворюванням, як ГРЛ [8].

Якщо лікування гострого періоду ГРЛ і ПСРА не має суттєвих відмінностей, окрім необхідності застосування глюкокортикоїдів при ПСРА у зв'язку зі слабкою відповіддю на НПЗЗ, подальша антибіотикопрофілактика є важливою при ГРЛ, а при ПСРА до сьогодні є предметом дебатів. Вважається, що кардит може розвинутися за кілька місяців після початку артриту.

Пацієнтів із ПСРА слід ретельно спостерігати протягом кількох місяців, щоб виявити можливе ураження серця. Повідомляється про початок кардиту, пов'язаного з ПСРА, за 1–18 місяців після появи артриту [14]. Натомість у 50–70% випадків ГРЛ кардит спостерігається при перших проявах і рідко трапляється, що ураження серця проявляється пізніше ніж за 1 тиждень після початку артриту. Рекомендації Американської асоціації серця (АНА) стверджують, що пацієнти з ПСРА мають отримувати вторинну профілактику протягом 1 року після появи суглобових симптомів [9]. Якщо клінічних ознак кардиту не виявлено, профілактику можна припинити. В інших звітах рекомендовано триваліші профілак-

тичні протоколи, подібні до тих, що застосовуються в пацієнтів із ГРЛ. У разі виявлення ураження серця в пацієнта має бути встановлений діагноз ГРЛ і відповідно призначена відповідна вторинна профілактика.

Ще одне питання, яке загострює наведений клінічний випадок, – необхідність правильного лікування інфекцій, викликаних БГСА. На сьогодні зафіксовано підвищений рівень інфекцій, викликаних як БГСА, так і іншими групами стрептококів та їхніх ускладнень [12,13]. Нелікована або несвоєчасно діагностована інфекція може призводити до серйозних і потенційно непоправних постстрептококових ускладнень. Особливо стрімке зростання виявлено після пандемії COVID-19 [11], у тому числі і тяжких інфекцій із синдромом стрептококового токсичного шоку [12]. Загалом вірус SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) може впливати на розвиток і перебіг імунних захворювань [6], що очевидно і мало вплив у наведеному нами пацієнта, у якого був підвищеним титр імуноглобуліну G до COVID-19.

На сьогодні є достатньо інструментів для підтвердження стрептококової етіології тонзилофарингітів і призначення адекватної антибіотикотерапії. Використання типових клінічних ознак, шкал Центера чи Мак-Айзека, швидких тестів на антиген стрептокока та (за потреби) бактеріологічного посіву з ротоглотки дає змогу вчасно виявити стрептококову етіологію фарингіту [5,7,9].

Науковці зазначають, що існує потреба в удосконалених критеріях ідентифікації та діагностики ПСРА, щоб отримати чіткіше розуміння його виникнення, особливо в країнах, що розвиваються, і краще диференціювати його

від ГРЛ. Також існує потреба в рандомізованих плацебо контрольованих дослідженнях для подальшого вивчення профілактики при ПСРА, оскільки наразі недостатньо даних для підтвердження цього підходу [15].

Висновки

Диференціація між ГРЛ і ПСРА залишається складним клінічним завданням, оскільки ці стани мають спільний етіологічний чинник і перехресні клініко-лабораторні ознаки.

Ключовим у наданні допомоги таким пацієнтам є ретельне спостереження протягом кількох

місяців для своєчасного виявлення можливого розвитку кардиту, оскільки саме він визначає подальшу тактику вторинної профілактики і тривалість антибіотикотерапії.

Своєчасне розпізнавання і правильне лікування стрептококових тонзилофарингітів відіграє ключову роль у профілактиці ГРЛ і ПСРА.

Необхідні подальші дослідження і вдосконалення діагностичних критеріїв ПСРА, а також вивчення оптимальних підходів до тривалості вторинної антибіотикопрофілактики.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Balan S, Krishna MP, Sasidharan A, Mithun CB. (2025). Acute rheumatic fever and Post-streptococcal reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 39(2): 102067. doi: 10.1016/j.berh.2025.102067.
- Barash J, Mashiach E, Navon-Elkan P, Berkun Y, Harel L, Tauber T et al. (2008). Differentiation of post-streptococcal reactive arthritis from acute rheumatic fever. *J Pediatr.* 153(5): 696-699. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.05.044.
- Bawazir Y, Towheed T, Anastassiades T. (2020). Post-Streptococcal Reactive Arthritis. *Curr Rheumatol Rev.* 16(1): 2-8. doi: 10.2174/1573397115666190808110337.
- Boyarchuk O, Hariyan T, Kovalchuk T. (2018). Clinical features of rheumatic heart disease in children and adults in Western Ukraine. *Bangladesh Journal of Medical Science.* 18(1): 87-93. <https://doi.org/10.3329/bjms.v18i1.39556>.
- Boyarchuk O, Mochulska O, Komorovsky R. (2021). Diagnosis and management of pharyngitis in children: a survey study in Ukraine. *Germs.* 11(3): 363-371. doi: 10.18683/germs.2021.1273.
- Boyarchuk O, Predyk L, Yuryk I. (2021). COVID-19 in patients with juvenile idiopathic arthritis: frequency and severity. *Rheumatologia.* 59(3): 197-199. doi: 10.5114/reum.2021.107590.
- Boyarchuk OR, Mochulska OM. (2021). Analysis of awareness of practical medicinal doctors on diagnosis and treatment of pharyngitis in children. *Modern Pediatrics. Ukraine.* 4(116): 2935. doi: 10.15574/SP.2021.116.29.
- Chun C, Kingsbury DJ. (2019). Poststreptococcal Reactive Arthritis: Diagnostic Challenges. *Perm J.* 23: 18.304. doi: 10.7812/TPP/18.304.
- Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST et al. (2009). Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation.* 119(11): 1541-1551. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.191959.
- Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J et al. (2015). Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 131(20): 1806-1818. Epub 2015 Apr 23. doi: 10.1161/CIR.0000000000000205. Erratum in: *Circulation.* 2020 Jul 28; 142(4): e65. doi: 10.1161/CIR.0000000000000889.
- Goldberg-Bockhorn E, Hagemann B, Furitsch M, Hoffmann TK. (2024). Invasive Group A Streptococcal Infections in Europe After the COVID-19 Pandemic. *Dtsch Arztebl Int.* 121(20): 673-680. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0127.
- Khan M, Furrugh N, Naveed F. (2025). The Next Pandemic? Streptococcal Toxic Shock Syndrome on the Rise. *Disaster Med Public Health Prep.* 19: e53. doi: 10.1017/dmp.2025.44.
- Komorovsky RR, Boyarchuk OR, Synytska VO. (2019). Streptococcus gordonii-associated infective endocarditis in a girl with Barlow's mitral valve disease. *Cardiol Young.* 29(8): 1099-1100. doi: 10.1017/S1047951119001434.
- Mackie SL, Keat A. (2004). Poststreptococcal reactive arthritis: What is it and how do we know? *Rheumatology (Oxford).* 43: 949-954. doi: 10.1093/rheumatology/keh225.
- Nandikol SS, Sharma A, Saxena A, Sonawane V, Jatoo Z. (2025). Differentiating post-streptococcal reactive arthritis from acute rheumatic fever: a case report and review of literature. *International Journal of Contemporary Pediatrics.* 12(5): 835-838. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20251107>.
- Pathak H, Marshall T. (2016). Post-streptococcal reactive arthritis: where are we now. *BMJ Case Rep.* 2016: bcr2016215552. doi: 10.1136/bcr-2016-215552.
- Sato S, Uejima Y, Suganuma E, Takano T, Kawano Y. (2017). A retrospective study: Acute rheumatic fever and post-streptococcal reactive arthritis in Japan. *Allergol Int.* 66(4): 617-620. doi: 10.1016/j.alit.2017.04.001.
- Veiga SR, Marques M, Fonseca J, Ventura H, Marques SJ. (2024). Acute Rheumatic Fever or Post-streptococcal Reactive Arthritis: Two Different Entities. *Cureus.* 16(10): e72687. doi: 10.7759/cureus.72687.
- Watkins DA, Johnson CO, Colquhoun SM, Karthikeyan G, Beaton A, Bukhman G et al. (2017). Global, Regional, and National Burden of Rheumatic Heart Disease, 1990-2015. *N Engl J Med.* 377(8): 713-722. doi: 10.1056/NEJMoa1603693.

Відомості про авторів:

Болярчук Оксана Романівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією, ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського. Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1; тел.: +38 (0352) 52-44-92. <https://orcid.org/0000-0002-1234-0040>.

Юрик Ірина Едуардівна – кардіоревматолог КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня». Адреса: м. Тернопіль, вул. Сахарова, 2а. <https://orcid.org/0000-0002-7515-4114>.

Стаття надійшла до редакції 14.10.2025 р., прийнята до друку 15.12.2025 р.