

# RHEUMATOLOGY SECRETS

THIRD EDITION

**STERLING G. WEST, MD, MACP, FACR**

Professor of Medicine

Department of Medicine

Division of Rheumatology

University of Colorado School of Medicine

Aurora, Colorado

**ELSEVIER**  
MOSBY

# СЕКРЕТЫ РЕВМАТОЛОГИИ

Под редакцией Стерлинга Дж. Уэста

Перевод с английского  
под редакцией профессора  
**О.М. Лесняк**



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2021

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке . . . . .	9
Предисловие к изданию на английском языке . . . . .	10
Авторский коллектив . . . . .	12
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	15

## I. ОБЩИЕ КОНЦЕПЦИИ

<b>ГЛАВА 1.</b> Классификация и последствия ревматических заболеваний <i>Стерлинг Дж. Уэст . . . . .</i>	19
<b>ГЛАВА 2.</b> 100+ главных секретов ревматологии <i>Стерлинг Дж. Уэст . . . . .</i>	22
<b>ГЛАВА 3.</b> Анатомия и физиология опорно-двигательного аппарата <i>Стерлинг Дж. Уэст . . . . .</i>	30
<b>ГЛАВА 4.</b> Иммунный ответ, воспаление и аутоиммунитет <i>Стерлинг Дж. Уэст . . . . .</i>	38

## II. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С РЕВМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

<b>ГЛАВА 5.</b> Анамнез и физикальное исследование <i>Ричард Т. Михан . . . . .</i>	57
<b>ГЛАВА 6.</b> Лабораторные исследования <i>Кэтрин Хоббс . . . . .</i>	64
<b>ГЛАВА 7.</b> Артроцентез и анализ синовиальной жидкости <i>Роберт Т. Спенсер . . . . .</i>	74
<b>ГЛАВА 8.</b> Рентгенологический и другие визуальные методы диагностики <i>Колин Стрикленд . . . . .</i>	79
<b>ГЛАВА 9.</b> Биопсия синовиальной оболочки <i>Стерлинг Дж. Уэст . . . . .</i>	91
<b>ГЛАВА 10.</b> Электромиография и исследования нервной проводимости <i>Диана Кван . . . . .</i>	93
<b>ГЛАВА 11.</b> Диагностика при моноартикулярном поражении <i>Роберт А. Хокинс . . . . .</i>	97

<b>ГЛАВА 12.</b> Диагностика при полиартикулярном суставном синдроме <i>Роберт А. Хокинс . . . . .</i>	101
---	-----

<b>ГЛАВА 13.</b> Диагностика при нейромышечной симптоматике <i>Роберт А. Хокинс . . . . .</i>	106
--	-----

<b>ГЛАВА 14.</b> Периоперативное ведение пациентов с ревматическими заболеваниями <i>Ким Нгуен Тайлер, Кевин Д. Дин . . . . .</i>	111
--	-----

## III. СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

<b>ГЛАВА 15.</b> Ревматоидный артрит <i>Стерлинг Дж. Уэст, Джеймс Р. О'Делл . . . . .</i>	121
--	-----

<b>ГЛАВА 16.</b> Системная красная волчанка <i>Дженнифер Стичмен, Джоан Зелл . . . . .</i>	134
---	-----

<b>ГЛАВА 17.</b> Лекарственная волчанка <i>Кристофер К. Стрибич . . . . .</i>	153
--	-----

<b>ГЛАВА 18.</b> Системный склероз <i>Ариэ Фишер . . . . .</i>	157
---	-----

<b>ГЛАВА 19.</b> Склеродермоподобные заболевания <i>Пуджа Читкара, Грегори Дж. Деннис . . . . .</i>	171
--	-----

<b>ГЛАВА 20.</b> Воспалительные заболевания мышц <i>Стерлинг Дж. Уэст, Роберт Спенсер . . . . .</i>	175
--	-----

<b>ГЛАВА 21.</b> Смешанное заболевание соединительной ткани, перекрестные синдромы и недифференцированное заболевание соединительной ткани <i>Ванс Дж. Брэй . . . . .</i>	183
--	-----

<b>ГЛАВА 22.</b> Синдром Шегрена <i>Ванс Дж. Брэй . . . . .</i>	188
--	-----

<b>ГЛАВА 23.</b> Антифосфолипидный синдром <i>Стерлинг Дж. Уэст, Карен Э. Хансен . . . . .</i>	195
---	-----

<b>ГЛАВА 24.</b> Болезнь Стилла взрослых <i>Ванс Дж. Брэй . . . . .</i>	206
--	-----

<b>ГЛАВА 25.</b> Ревматическая полимиалгия <i>Джеймс Д. Синглтон . . . . .</i>	210
---	-----

#### IV. ВАСКУЛИТЫ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ СОСТОЯНИЯ

- ГЛАВА 26.** Обследование пациентов с подозрением на васкулит  
*Марк Д. Коэн* ..... 217
- ГЛАВА 27.** Васкулит крупных сосудов: гигантоклеточный артериит, артериит Такаясу и аортит  
*Пуджа Читкара, Грегори Дж. Деннис* ..... 223
- ГЛАВА 28.** Васкулиты с поражением сосудов среднего калибра: узелковый полиартериит, облитерирующий тромбангиит и первичный ангиит центральной нервной системы  
*Рамон А. Арройо* ..... 232
- ГЛАВА 29.** Васкулит, ассоциированный с антителами к цитоплазме нейтрофилов  
*Марк Маляк* ..... 240
- ГЛАВА 30.** Иммунокомплексные васкулиты мелких сосудов  
*Рамон А. Арройо* ..... 252
- ГЛАВА 31.** Криоглобулинемия  
*Кори Р. Ульрих* ..... 257
- ГЛАВА 32.** Болезнь Бехчета и синдром Когана  
*Стерлинг Дж. Уэст* ..... 265
- ГЛАВА 33.** Рецидивирующий полихондрит  
*Марк Д. Коэн* ..... 270

#### V. СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРОПАТИИ

- ГЛАВА 34.** Анкилозирующий спондилит  
*Роберт У. Янсон* ..... 277
- ГЛАВА 35.** Ревматологические проявления заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы  
*Стерлинг Дж. Уэст* ..... 285
- ГЛАВА 36.** Реактивный артрит  
*Ричард Т. Михан* ..... 293
- ГЛАВА 37.** Артрит при псориазе и других болезнях кожи  
*Уильям Р. Гиллиэлэнд* ..... 301

#### VI. АРТРИТЫ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ИНФЕКЦИОННЫМИ АГЕНТАМИ

- ГЛАВА 38.** Бактериальные (септические) артриты, бурсит и остеомиелит  
*Уильям Р. Гиллиэлэнд* ..... 309

- ГЛАВА 39.** Лаймская болезнь  
*Джон К. Дженкинс* ..... 319

- ГЛАВА 40.** Микобактериальные и грибковые болезни костей и суставов  
*Уильям Р. Гиллиэлэнд* ..... 328

- ГЛАВА 41.** Вирусные артриты  
*Каролин Энн Койл* ..... 335

- ГЛАВА 42.** ВИЧ-ассоциированные ревматические синдромы  
*Даниэль Ф. Баттафарано* ..... 341

- ГЛАВА 43.** Болезнь Уиппла  
*Каролин Энн Койл* ..... 347

- ГЛАВА 44.** Острая ревматическая лихорадка и постстрептококковый артрит  
*Каролин Энн Койл* ..... 351

#### VII. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ, ЭНДОКРИННЫМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- ГЛАВА 45.** Подагра  
*Роберт У. Дженсон* ..... 359

- ГЛАВА 46.** Болезнь отложения кристаллов пирофосфата кальция  
*Фредерик Т. Мерфи* ..... 368

- ГЛАВА 47.** Болезнь отложения основного фосфата кальция и другие кристаллические заболевания  
*Фредерик Т. Мерфи* ..... 374

- ГЛАВА 48.** Артропатии, ассоциированные с эндокринной патологией  
*Эдмунд Х. Хорнштейн* ..... 379

- ГЛАВА 49.** Артропатии, ассоциированные с гематологическими заболеваниями  
*Кевин Д. Дин* ..... 387

- ГЛАВА 50.** Ревматические проявления злокачественных новообразований  
*Даниэль Ф. Баттафарано* ..... 394

#### VIII. БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

- ГЛАВА 51.** Остеоартрит  
*Скотт Вогельгесанг* ..... 403

- ГЛАВА 52.** Метаболические заболевания костей  
*Майкл Т. Макдермотт* ..... 415

<b>ГЛАВА 53.</b> Костная болезнь Педжета <i>Дэвид Р. Фингер</i> . . . . .	422
--	-----

<b>ГЛАВА 54.</b> Остеонекроз <i>Роберт Т. Спенсер, Дэвид Р. Фингер</i> . . . . .	427
---	-----

#### IX. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ВРОЖДЕННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

<b>ГЛАВА 55.</b> Наследственные заболевания соединительной ткани <i>Джон К. Дженкинс</i> . . . . .	435
---	-----

<b>ГЛАВА 56.</b> Врожденные нарушения метаболизма, влияющие на соединительную ткань <i>Стерлинг Дж. Уэст</i> . . . . .	443
---	-----

<b>ГЛАВА 57.</b> Болезни накопления и отложения <i>Стерлинг Дж. Уэст</i> . . . . .	447
---	-----

<b>ГЛАВА 58.</b> Ревматологические манифестации синдромов первичного иммунодефицита <i>Стерлинг Дж. Уэст, Марк Маляк</i> . . . . .	454
---	-----

<b>ГЛАВА 59.</b> Дисплазии костей и суставов <i>Эдмунд Х. Хорнштейн</i> . . . . .	461
--	-----

#### X. ВНЕСУСТАВНЫЕ И РЕГИОНАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

<b>ГЛАВА 60.</b> Ведение пациента с болью в области шеи и болью в нижней части спины <i>Ричард Т. Михан</i> . . . . .	467
--	-----

<b>ГЛАВА 61.</b> Фибромиалгия <i>Марк Маляк</i> . . . . .	475
--	-----

<b>ГЛАВА 62.</b> Регионарные заболевания опорно-двигательного аппарата <i>Скотт Вогельгесанг</i> . . . . .	487
---	-----

<b>ГЛАВА 63.</b> Спортивная медицина и профессиональные травмы <i>Дональд Дж. Экхофф</i> . . . . .	495
---	-----

<b>ГЛАВА 64.</b> Компрессионные (туннельные) нейропатии <i>Дэвид Р. Фингер</i> . . . . .	502
---	-----

<b>ГЛАВА 65.</b> Комплексный регионарный болевой синдром <i>Джулия Дж. Рианнон</i> . . . . .	508
---	-----

#### XI. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<b>ГЛАВА 66.</b> Доброкачественные и злокачественные опухоли суставов и синовиальных оболочек <i>Эдмунд Х. Хорнштейн</i> . . . . .	517
---	-----

<b>ГЛАВА 67.</b> Рентгенологические признаки частых поражений костей <i>Брайан Д. Петерсон</i> . . . . .	521
---	-----

#### XII. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

<b>ГЛАВА 68.</b> Ребенок с болью в суставе <i>Еси Морган Де Витт, Рэнди К. Крон</i> . . . . .	533
--	-----

<b>ГЛАВА 69.</b> Ювенильный идиопатический артрит <i>Дж. Роджер Холлистер</i> . . . . .	541
--	-----

<b>ГЛАВА 70.</b> Ювенильные системные заболевания соединительной ткани <i>Еси Морган де Витт, Рэнди К. Крон</i> . . . . .	548
--	-----

<b>ГЛАВА 71.</b> Болезнь Kawasaki <i>Дж. Роджер Холлистер</i> . . . . .	556
--	-----

#### XIII. ДРУГИЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<b>ГЛАВА 72.</b> Метаболические и иные генетические миопатии <i>Рамон А. Арройо</i> . . . . .	561
--	-----

<b>ГЛАВА 73.</b> Амилоидоз <i>Джеймс Д. Синглтон</i> . . . . .	570
---	-----

<b>ГЛАВА 74.</b> Феномен Рейно <i>Марк Д. Козн</i> . . . . .	576
---	-----

<b>ГЛАВА 75.</b> Аутоиммунные заболевания глаза и уха <i>Кори Р. Уллрич</i> . . . . .	582
--	-----

<b>ГЛАВА 76.</b> Ревматические синдромы, ассоциированные с саркоидозом <i>Даниэль Ф. Баттафарано</i> . . . . .	593
---	-----

<b>ГЛАВА 77.</b> Ревматические проблемы у пациентов на гемодиализе <i>Марк Ярек</i> . . . . .	599
--	-----

<b>ГЛАВА 78.</b> Ревматические заболевания у беременных <i>Стерлинг Дж. Уэст, Марк Ярек</i> . . . . .	605
--	-----

<b>ГЛАВА 79.</b> Семейные аутовоспалительные синдромы <i>М. Кристен Деморузель, Кристина М. Брайт</i> . . . . .	615
--	-----

<b>ГЛАВА 80.</b> Другие ревматические заболевания <i>Стерлинг Дж. Уэст</i> . . . . .	622
---	-----

#### XIV. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

<b>ГЛАВА 81.</b> Нестероидные противовоспалительные препараты <i>Джейсон Р. Кольфенбах</i> . . . . .	633
---	-----

<b>ГЛАВА 82.</b> Глюкокортикоиды — системные и местные <i>Пуджа Читкара, Грегори Дж. Деннис</i> . . . . .	644	<b>ГЛАВА 88.</b> Методы реабилитации <i>Вену Акутота</i> . . . . .	699
<b>ГЛАВА 83.</b> Системные противоревматические препараты <i>Маркус Х. Сноу, Джеймс Р. О'Делл</i> . . . . .	651	<b>ГЛАВА 89.</b> Хирургическое лечение ревматических заболеваний <i>Дональд Дж. Экхофф</i> . . . . .	707
<b>ГЛАВА 84.</b> Иммуносупрессивные и иммунорегулирующие препараты <i>Эми К. Каннелла, Джеймс Р. О'Делл</i> . . . . .	660	<b>ГЛАВА 90.</b> Нетрудоспособность <i>Скотт Вогельгесанг</i> . . . . .	717
<b>ГЛАВА 85.</b> Биологические агенты <i>Стерлинг Дж. Уэст</i> . . . . .	668	<b>XV. ПОСЛЕДНИЕ СЕКРЕТЫ</b>	
<b>ГЛАВА 86.</b> Гипоурикемические средства и колхицин <i>Дэвид Р. Фингер</i> . . . . .	683	<b>ГЛАВА 91.</b> Нетрадиционная и альтернативная медицина <i>Алан Р. Эрикссон</i> . . . . .	725
<b>ГЛАВА 87.</b> Антиостеопорозные препараты (препараты, укрепляющие костную ткань) <i>Майкл Т. Макдермотт</i> . . . . .	690	<b>ГЛАВА 92.</b> История, искусство и ревматические заболевания <i>Стерлинг Дж. Уэст, Джеймс С. Лойе</i> . . . . .	733
		Предметный указатель . . . . .	737

# КЛАССИФИКАЦИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Стерлинг Дж. Уэст

Ревматизм — это общее определение разнообразных болей, еще не имеющих точных описаний, но очевидно относящихся к разным клиническим случаям.

Уильям Геберден (1710–1801)  
Комментарии к истории и лечению болезней, глава 79

## КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Примерно 30% популяции США страдают болями в суставах или в спине.
2. Каждый пятый визит к врачу первичного звена и 10% визитов к хирургу обусловлены проблемами скелетно-мышечной системы.
3. Боль в суставах или позвоночнике — вторая лидирующая причина временной утраты нетрудоспособности, главная причина инвалидности и самая частая причина социальных выплат в связи с нетрудоспособностью.

### 1. Что такое ревматология?

Это медицинская наука, изучающая ревматические заболевания и заболевания скелетно-мышечной системы.

### 2. Каковы истоки ревматологии?

Первый век н.э. — в литературе впервые появился термин *rheuma*. *Rheuma* переводится как «текущая субстанция» и, возможно, происходит от слова *phlegm*, древнего описания первичной тканевой жидкости. Считалось, что она происходит из мозга и растекается в различные части тела, вызывая болезни.

1642 г. — слово «ревматизм» было введено в литературу французским врачом G. Baillou, который подчеркивал, что артрит может быть системным заболеванием.

1928 г. — в США доктором R. Pemberton организован Американский комитет по контролю за ревматизмом, в 1934 г. переименованный в Американскую ассоциацию по изучению и контролю за ревматическими болезнями, в 1937 г. — в Американскую ревматическую ассоциацию и, наконец, в 1988 г. — в Американскую коллегию ревматологов (ACR).

1940-е гг. — впервые предложены термины «ревматология» и «ревматолог», соответственно, докторами Hollander и Comroe.

### 3. Сколько существует ревматических/скелетно-мышечных заболеваний?

Более 120.

### 4. Как все эти ревматические/скелетно-мышечные заболевания классифицировались?

1904 г. — хирург-ортопед Goldthwaite сделал первую попытку классифицировать артриты. Он разделил их на пять категорий: подагра, инфекционный артрит, гипертрофический артрит (возможно, имелся в виду остеоартрит), атрофический

артрит (возможно, имелся в виду ревматоидный артрит) и хронический виллезный артрит (возможно, травматический артрит).

1964 г. — классификация Американской ревматической ассоциации (ARA).

1983 г. — пересмотр классификации ARA на основе девятой редакции Международной классификации болезней (МКБ-9).

### 5. Классификация ARA 1983 г. очень сложная. Есть ли какое-нибудь простое правило для запоминания?

Большинство ревматических заболеваний можно сгруппировать в 10 основных категорий:

- 1) системные заболевания соединительной ткани;
- 2) васкулиты и связанные с ними заболевания;
- 3) серонегативные спондилоартропатии;
- 4) артриты, ассоциированные с инфекционными возбудителями;
- 5) ревматические болезни, ассоциированные с метаболическими, эндокринными и гематологическими заболеваниями;
- 6) болезни костей и хряща;
- 7) врожденные и наследственные нарушения метаболизма, ассоциированные с ревматическими синдромами;
- 8) внесуставные и регионарные скелетно-мышечные заболевания;
- 9) опухоли и опухолеподобные изменения;
- 10) другие ревматические заболевания.

### 6. Чем отличаются коллагеновые сосудистые заболевания от заболеваний соединительной ткани?

В 1942 г. доктор Клеппегер на основе своих исследований системной красной волчанки (СКВ) и склеродермии ввел термин «диффузная коллагеновая болезнь». В 1946 г. доктор Rich на основе собственных исследований патологии при васкулитах предложил термин «коллагеновая сосудистая болезнь», подчеркивая тем самым, что первичная патология касается эндотелия сосудов.

**Таблица 1.1.** Расчетная распространенность ревматически/скелетно-мышечных заболеваний в популяции США

Показатель	Распространенность у взрослых, %	Количество больных
Все скелетно-мышечные заболевания	20–30	60–90 млн*
<b>Артропатии</b>		
Остеoarтрит	12	27 млн
Ревматоидный артрит	1	1,5 млн
Микрокристаллический артрит (подагра)	4	8,3 млн
Спондилоартропатии	0,25	0,4–1,0 млн
<b>Заболевания соединительной ткани</b>		
Ревматическая полимиалгия	<0,01	0,3–0,7 млн
Системная красная волчанка	<0,01	240 тыс.
Системный склероз	<0,01	50 тыс.
Боль в спине/шее	15	33 млн
Остеопороз (возраст >50 лет)	10	9 млн
Ревматизм мягких тканей	3–5	5–10 млн
Фибромиалгия	2	3–5 млн

*Примечание.* \* В целом 45–50 млн взрослых людей (один из пяти) имеет артрит/артрит, диагностированный врачом; 300 тыс. детей имеют артрит, из них 50 тыс. — ювенильный идиопатический артрит.

В 1952 г. доктор Ehrlich предложил термин «заболевание соединительной ткани», который со временем заменил термин «коллагеновая сосудистая болезнь». Таким образом, оба термина являются синонимами, хотя педант сказал бы, что настоящими «диффузными коллагеновыми болезнями» являются только врожденные патологии коллагена (см. главу 55).

**7. Как часто встречаются ревматические/скелетно-мышечные заболевания в общей популяции?**

Примерно 30% популяции имеют симптомы скелетно-мышечной патологии. Из них только у двух третей (то есть у 20% популяции) симптомы настолько выражены, что пациенты обращаются за медицинской помощью. Распространенность скелетно-мышечных заболеваний увеличивается с возрастом.

**8. Какова расчетная распространенность различных ревматических/скелетно-мышечных заболеваний в общей популяции?**

Расчетная распространенность ревматических/скелетно-мышечных заболеваний в популяции США представлена в табл. 1.1.

**9. Какова распространенность аутоиммунных заболеваний в общей популяции?**

При аутоиммунной патологии может поражаться любая система. В настоящее время насчитывается более 70 аутоиммунных заболеваний. При анализе 30 наиболее частых из них было подсчитано, что свыше 5% популяции имеют одну аутоиммунную болезнь и более. Примерно у 40% этих пациентов (то есть 2% популяции) есть аутоиммунное ревматическое заболевание. Примерно половина всех больных с аутоиммунными ревматическими заболеваниями — это пациенты с ревматоидным

артритом, вторая половина имеет другие аутоиммунные ревматические заболевания (СКВ, полимиозит и др.).

**10. Какие аутоиммунные заболевания поражают преимущественно женщин?**

Различные аутоиммунные болезни в 75% случаев развиваются у женщин во время репродуктивного периода. Болезни, считающиеся обусловленными аутоантителами (Th2-болезни), преобладают у женщин (табл. 1.2).

**Таблица 1.2.** Соотношение женщин и мужчин среди больных различными аутоиммунными заболеваниями

Заболевания	Соотношение «женщины : мужчины»
Болезнь Хашимото	9:1
Системная красная волчанка	9:1
Синдром Шегрена	9:1
Антифосфолипидный синдром	9:1
Смешанное заболевание соединительной ткани	8:1
Болезнь Грейвса	7:1
Ревматоидный артрит	4:1
Склеродермия	3:1
Рассеянный склероз	2:1

**11. Как часто встречаются ревматические/скелетно-мышечные заболевания в практике врача первичного звена?**

Примерно одна из пяти–десяти консультаций врача первичного звена здравоохранения проводится в связи с патологией скелетно-мышечной системы. 66% всех этих больных — люди моложе

65 лет. Самые частые поводы для обращения — остеоартрит, боль в спине, подагра, фибромиалгия и тендинит/бурсит.

**12. Сколько ревматологов работает в США?**

В 2005 г. в США было примерно 4900 взрослых и 260 детских ревматологов, хотя не все они активно консультировали пациентов. Ожидается, что это число снизится в последующие 10 лет. Уже сейчас бывает трудно попасть на прием к ревматологу.

**13. Каковы инвалидизация, другие последствия и летальность при различных ревматических/скелетно-мышечных заболеваниях в общей популяции?**

Болезни суставов/боль в спине — вторая лидирующая причина временной нетрудоспособности (вслед за заболеваниями респираторного тракта) и ведущая причина инвалидности в общей популяции (бокс 1.1). От 45 до 50 млн взрослых американцев имеют заболевание суставов, диагностированное врачом. Из них 21 млн (42%) имеют проблемы в своей активности из-за артрита, что составляет 9% всех взрослых американцев, имеющих хотя бы одно ограничение. Среди людей трудоспособного возраста (от 18 до 64 лет) с артритом, диагностированным врачом, 31% имеют ограничения трудоспособности в связи с заболеванием суставов. Поскольку этот возраст — основной трудоспособный возраст, скелетно-мышечные заболевания вызывают существенные потери производительности труда. В целом четверть (25%) всех социальных выплат в связи с нетрудоспособностью вызваны ревматическими болезнями, что делает их ведущей причиной социальных выплат в связи с нетрудоспособностью. 10% всех операций связаны с заболеваниями суставов.

**Бокс 1.1.** Распространенность и летальность от ревматических/скелетно-мышечных заболеваний

**Процент популяции**

- Симптомы артрита — 30%
- Симптомы, требующие лечения — 20%
- Инвалидность в связи с заболеванием суставов — 5–10%
- Полностью инвалиды в связи с заболеванием суставов — 0,5%
- Летальность от ревматических болезней — 0,02%

**14. Каковы экономические потери в связи с ревматическими/скелетно-мышечными заболеваниями?**

Крупное исследование, проведенное в США в 2007 г., показало, что 91,3 млн человек имели одну патологию опорно-двигательного аппарата и бо-

лее (включая 45–50 млн взрослых с заболеванием суставов, диагностированным врачом). Прямые и более медицинские расходы при этом составили 620,9 млрд долл., а непрямые потери из-за снижения производительности труда — 380 млрд долл. Общие потери были эквивалентны 7,3% валового внутреннего продукта.

**Список литературы**

Benedek T.G. A century of American rheumatology // *Ann. Intern. Med.* 1987. Vol. 106. P. 304–312.

Centers for Disease Control and Prevention: Racial/ethnic differences in the prevalence and impact of doctor diagnosed arthritis: United States 2002 // *Morb. Mortal Wkly Rep.* 2005. Vol. 54. P. 119–121.

Deal C.L., Hooker R., Harrington T. et al. The United States rheumatology workforce: supply and demand, 2005–2025 // *Arthritis Rheum.* 2007. Vol. 56. P. 722–729.

Decker J.L. Glossary Subcommittee of the ARA Committee on Rheumatologic Practice: American Rheumatism Association nomenclature and classification of arthritis and rheumatism // *Arthritis. Rheum.* 1983. Vol. 26. P. 1029–1032.

Helmick C.G., Felson D.T., Lawrence R.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I // *Arthritis. Rheum.* 2008. Vol. 58. P. 15–25.

Jacobson D.L., Gange S.J., Rose N.R. et al. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States // *Clin. Immunol. Immunopathol.* 1997. Vol. 84. P. 223–243.

Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II // *Arthritis. Rheum.* 2008. Vol. 58. P. 26–35.

Reynolds M.D. Origins of the concept of collagen-vascular diseases // *Semin. Arthritis Rheum.* 1985. Vol. 15. P. 127–131.

Yelin E. Economic burden of rheumatic diseases / G.S. Fireshtein, R.S. Budd, S.E. Gabriel, I.B. McInnes, J.R. O’Dell, eds. *Kelley’s textbook of rheumatology*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Elsevier Saunders, 2013. P. 440–451.

**Дополнительные материалы**

- [www.aarda.org](http://www.aarda.org)
- [www.usbjd.org](http://www.usbjd.org)
- [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)
- [www.arthritis.org](http://www.arthritis.org)

## 100+ ГЛАВНЫХ СЕКРЕТОВ РЕВМАТОЛОГИИ

Стерлинг Дж. Уэст

Ревматология может ставить в тупик многих врачей во время обучения (да и не только). Зачастую конкретные клинические случаи не соответствуют описанию в учебнике. Диагностика необычных проявлений болезней и делает ревматологию занимательной. Кроме представляющих интерес заболеваний, по сравнению с последним изданием «Секретов ревматологии», появилось и много новых эффективных методов лечения. Хотя в медицине ничего нельзя сказать на 100 процентов, все-таки я считаю полезными и экономически выгодными следующие подходы при обследовании пациента с ревматической/скелетно-мышечной проблемой.

1. **Самой важной частью обследования больного с ревматическими симптомами является подробный сбор анамнеза и качественное физикальное исследование вкупе со знанием анатомии опорно-двигательного аппарата.** Вы должны обследовать пациента! Попросите его снять обувь и носки и осмотрите стопы, понаблюдайте, как он ходит, если есть жалобы со стороны нижних конечностей.
2. **Поражения мягких тканей.**
  - Наиболее частая причина болей в плече — поражение периартикулярных тканей (например, бурсит или тендинит). *У пациентов с рецидивирующим тендинитом плеча исключайте импиджмент.*
  - Причинами локтевого и препателлярного бурсита являются: травма, инфекция, подагра, ревматоидный артрит (РА).
  - Причинами упорного трохантерного бурсита могут быть различная длина конечностей, *hallux rigidus* с аномальной походкой и поясничная радикулопатия.
  - При упорной боли по медиальной части колена необходимо исключить бурсит области «гусиной лапки».
  - При упорном пателлофemorальном синдроме необходимо исключить плоскостопие и гипермобильность, которые вызывают смещение надколенника.
  - Не делайте локальные инъекции кортикостероидов для лечения ахиллотендинита/энтезита во избежание разрыва сухожилия. Лучше используйте ионофорез.
3. **Боль в спине.**
  - Пациенты с выраженной болью в спине не могут подняться из положения лежа в положение сидя.
  - В большинстве случаев боли в спине не требуют хирургического вмешательства.
  - Магнитно-резонансная томография / компьютерная томография поясничного отдела позвоночника показывают патологию у 30% пациентов без симптомов. Не приписывайте симптоматику, имеющуюся у пациента, изменениям на рентгенограмме.
  - В диагностике стеноза позвоночного канала полезен спинальный тест Фалена. Больные со стенозом позвоночного канала жалуются на усиление боли при подъеме в гору, поскольку разгибание в позвоночнике делает позвоночный канал уже. Тест подъема прямой ноги и электромиография / скорость проведения нервных импульсов обычно не изменены либо неспецифичны.
4. **Не заказывайте лабораторные исследования, если не уверены в том, зачем вы их заказываете и что будете делать, если они покажут отклонения.**
5. **Лабораторные исследования.**
  - Лабораторные исследования должны использоваться для подтверждения вашего клинического диагноза, а не постановки диагноза.
  - Не все пациенты с ревматоидным фактором страдают РА, и не все пациенты с антинуклеарными антителами имеют системную красную волчанку (СКВ).
  - Низкий уровень комплемента (С3, С4) у пациента с системной симптоматикой наводит на мысль об иммунокомплексном заболевании и сужает ваш диагностический поиск: СКВ, криоглобулинемия (типы II и III), уртикарный васкулит (антитела к НерВ и С1q), подострый бактериальный эндокардит (ПБЭ), постстрептококковый или мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит.
  - Не просто низкая, а не определяемая активность СН50 может говорить о болезни, ассоциированной с врожденным дефицитом компонентов комплемента: аутоиммунной (С1, С4, С2), инфекционной (С3), инфекция *Neisseria* (с С5 по С8).
  - Дефицит железа лучше всего дифференцировать от анемии хронического заболевания с помощью измерения уровня ферритина. У пациента с повышенным уровнем С-реактивного

О врачах судят по его умению, полезности и приветливости.

Поль Резников

- белка уровень ферритина  $>100$  нг/мл исключает дефицит железа.
6. **Не можете выполнить аспирацию — приготовьтесь к проблемам.**  
Пациентам с острым воспалительным моноартритом необходимо выполнить аспирацию синовиальной жидкости для исключения септического артрита и кристаллической артропатии.
    - Для уменьшения боли, ассоциированной с аспирацией или инъекцией, при введении иглы попросите пациента выполнить пробу Вальсальвы.
    - Внутрисуставная инъекция обычно безопасна при МНО ниже 4,5. Между тем при подозрении на септический артрит аспирация синовиальной жидкости проводится независимо от величины МНО.
  7. **Анализ синовиальной жидкости — это, по сути, жидкая биопсия сустава.**  
Всегда посылайте полученную синовиальную жидкость на исследование клеток, кристаллов, на окраску по Граму и на посев. Никогда не заказывайте анализ синовиальной жидкости на мочевую кислоту и лактатдегидрогеназу (ЛДГ).
    - Содержание лейкоцитов в синовиальной жидкости подсчитывается по формуле: 1 лейкоцит в поле зрения при большом увеличении ( $\times 40$ ) соответствует 500 клеткам в 1 мкл. Таким образом, 6 лейкоцитов в поле зрения соответствуют числу лейкоцитов 3000 кл./мкл, что свидетельствует о воспалении.
    - Если длинная ось кристалла выравнивается красным компенсатором первого порядка и выглядит голубой, тогда это кристалл кальция пиррофосфата. Кристаллы мочевой кислоты при выравнивании выглядят желтыми.
    - Если вы не можете сразу обнаружить кристаллы мочевой кислоты, дайте стеклу высохнуть в течение 3 ч и повторите исследование.
  8. **Если у больного с хроническим воспалительным моноартикулярным артритом продолжительностью более 8 нед не удается определить этиологию артрита, необходимо сделать биопсию синовиальной оболочки для исключения редких причин (например, вялотекущая инфекция и т.д.).**
  9. **Американская коллегия ревматологов (ACR) не рекомендует проводить следующие пять исследований/методов лечения у взрослых ревматических больных:**
    - 1) не исследуйте подгруппы антинуклеарных антител (АНА) (антитела к ДНК, антитела к Sm, антитела к РНП, антитела к SS-B, антитела к Scl-70), если у пациента не было положительного теста на АНА и нет клинического подозрения на иммунное заболевание; исключением могут быть антитела к SS-A;
    - 2) не проводите исследование на лаймскую болезнь как причину симптоматики со стороны опорно-двигательного аппарата без соответствующего анамнеза и данных клинического обследования;
    - 3) не используйте МРТ периферических суставов в качестве рутинного мониторинга воспалительного процесса в суставах;
    - 4) не назначайте генно-инженерную биологическую терапию пациентам с РА, которым еще не назначали метотрексат или другие базисные препараты;
    - 5) не повторяйте двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (DXA) чаще чем раз в 2 года.
  10. **Американская коллегия ревматологов (ACR) не рекомендует проводить следующие пять исследований/методов лечения у детей с ревматическими заболеваниями:**
    - 1) не исследуйте панели аутоантител у пациентов с отрицательными АНА и отсутствием признаков ревматического заболевания;
    - 2) не проводите исследование на лаймскую болезнь как причину симптоматики со стороны опорно-двигательного аппарата без соответствующего анамнеза и данных клинического обследования;
    - 3) не используйте рентгенографию суставов с целью мониторинга активности ювенильного идиопатического артрита (ЮИА);
    - 4) не проводите лабораторные анализы у пациента на стабильной дозе метотрексата для оценки токсичности препарата чаще чем раз в 12 нед;
    - 5) не повторяйте исследование АНА у больных с ЮИА и СКВ, уже имеющих позитивный результат на АНА.
  11. **Американская академия хирургов-ортопедов (AAOS) не рекомендует следующие способы лечения (перечислены только те, которые имеют отношение к ревматическим больным):**
    - 1) не используйте в лечении остеоартрита лаваж через иглу с целью длительного облегчения симптоматики;
    - 2) не используйте стельки с латеральным скосом или нейтральные стельки — они не уменьшают боль и не улучшают функцию у больных с остеоартритом коленных суставов;
    - 3) не используйте глюкозамин и хондроитина сульфат для лечения пациентов с клинически манифестным остеоартритом коленных суставов.
  12. **Североамериканское общество позвоночника (NASS) не рекомендует следующие тесты/способы лечения у больных с болью в спине:**
    - 1) не назначайте МРТ позвоночника пациентам с неспецифической болью в спине в течение первых 6 нед при отсутствии «красных флагов» (травма, использование кортикостероидов, необъяснимая потеря массы тела, прогрессирующая неврологическая симптоматика, возраст старше 50 лет и моложе 17 лет, лихорадка, внутривенное применение наркотиков, боль, не проходящая в положении лежа, рак в анамнезе);
    - 2) не проводите элективные инъекции в область позвоночного столба без визуального контроля;
    - 3) не назначайте ЭМГ для выявления причины боли в спине/шее у пациентов без корешковых симптомов;
    - 4) никогда не рекомендуйте постельный режим на более чем 48 ч при лечении боли в спине.
  13. **Несколько других «НЕ ДЕЛАТЬ» в ревматологии.**
    - Не повторяйте в динамике исследование подгрупп АНА у пациентов с установленным диа-

- гнозом заболевания соединительной ткани за исключением антител к ДНК.
- Не проводите повторные тесты на ревматоидный фактор и АЦЦП у пациентов с документированным серопозитивным РА и повторные тесты на АНА у пациентов с документированной позитивностью по АНА и системным заболеванием соединительной ткани (например, СКВ).
  - Не исследуйте HLA-B27 без показаний. Показанием является только подозрение на недифференцированную спондилоартропатию, высказанное на основании анамнеза и обследования больного, при отсутствии патологии на рентгенограммах.
  - Не используйте СН50 для мониторинга активности СКВ.
  - Не делайте МРТ у больных с болью в суставах или в спине прежде, чем выполните рентгенографическое исследование.
  - Не делайте внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты при далеко зашедшем остеоартрите коленных суставов («кость лежит на кости»).
  - Не назначайте лечение по поводу низкой костной массы у пациентов с низким риском переломов (Т-критерий  $>-2,5$ , в анамнезе не было низкоэнергетических переломов, пациент не принимал стероиды, низкий FRAX).
  - Не делайте повторные ежегодные рентгенограммы у пациентов с артритом, который хорошо контролируется проводимым лечением (симптоматика, данные физикального обследования, лабораторные тесты). Исключением может быть только ваше желание поменять лечение в том случае, если будут выявлены минимальные рентгенологические признаки прогрессирования заболевания.
14. Для активации адаптивной иммунной системы важно врожденное состояние иммунной системы.
  15. Самыми специфичными признаками артрита являются выпот в сустав и ограничение объема движений.
  16. Боль, возникающая в тазобедренном суставе, локализуется в паховой области. У молодого пациента, который не может согнуть ногу в тазобедренном суставе более чем на  $90^\circ$ , необходимо исключить синдром фемороацетабулярного импинджмента.
  17. Положите руки ладонями вверх на колени и сравните температуру над обоими суставами, а также с температурой выше и ниже сустава. Колено должно иметь более низкую температуру, чем кожа над большеберцовой костью. Если колено теплее, это говорит о воспалении.
  18. **Остеоартрит (ОА).**
    - Хруст в суставах не вызывает ОА.
    - Пациенты с ОА могут реагировать на изменение погоды из-за того, что при движении атмосферных фронтов меняется барометрическое давление.
    - Ожирение — главный модифицируемый фактор риска ОА.
    - При первичном ОА типично вовлечение дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) (узелки Гебердена), проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) (узелки Бушара), первого пястно-запястного сустава, тазобедренных и коленных суставов, первого плюснефалангового сустава, шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.
  19. **Остеоартрит коленных и тазобедренных суставов.**
    - Более чем у 50% пациентов старше 65 лет на рентгенограммах коленных суставов выявляются признаки ОА, при этом только у 25% есть симптомы заболевания. Не полагайтесь на рентгенологическое исследование, когда ищете причину боли в колене.
    - Повторные массивные невоспалительные выпоты в коленные суставы часто обусловлены внутренними нарушениями, например разрывом мениска.
    - Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) предпочтительнее ацетаминофена (парацетамола) у пациентов с выпотом, который свидетельствует о более выраженном воспалении («влажный» ОА).
    - Внутрисуставные инъекции кортикостероидов эффективны и дешевле вискозупплементации (введение гиалуроновой кислоты), особенно при выпоте в коленный сустав.
    - До введения гиалуроновой кислоты или кортикостероидов сначала удалите выпот из сустава.
    - У больных с гонартризом часты случайные асимптомные разрывы мениска ( $>20\%$ ). Если нет признаков блока сустава, хирургическая обработка, артроскопическое промывание и восстановление мениска неэффективны.
    - Частой причиной боли в области тазобедренного сустава у молодых пациентов с ранним ОА является феморо-ацетабулярный импинджмент.
  20. У пациента с полиартритом обычно самыми важными для диагностики находками являются внесуставные манифестации.
  21. Миопатии обычно вызывают симметричную слабость в проксимальных отделах конечностей, тогда как нейропатии — асимметричную слабость в дистальных отделах и атрофию мышц.
  22. У пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями сердечно-сосудистые заболевания обычно развиваются на 10 лет раньше, чем у здоровых людей, имеющих такие же факторы риска.
  23. У пациента с диагностированным ревматическим заболеванием появление лихорадки и вовлечение различных систем органов может говорить об инфекции или о других неревматических болезнях (тромбоз, реакция

- на лекарства, другие заболевания: тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гипотиреоз, ночное апноэ, фибромиалгия, рак).
- Их надо исключать, прежде чем связывать симптоматику с существующим ревматическим заболеванием.
24. РА — самое частое воспалительное заболевание суставов, проявляющееся симметричным вовлечением мелких суставов кистей (ДМФС, ПМФС), лучезапястных суставов и суставов стоп (плюснефаланговых). Если больной с диагностированным РА остается серонегативным или у него вовлечены только крупные суставы, проводите периодически переоценку, чтобы не пропустить другой диагноз.
  25. У пациентов с серопозитивным РА могут развиваться внесуставные проявления заболевания. Напротив, у пациента с серонегативным РА «внесуставные проявления», скорее всего, не связаны с РА.
  26. Диагноз серонегативного РА очень трудно поставить при отсутствии эрозий на рентгенограммах. В отношении этих пациентов всегда рассматривайте пирофосфатную артропатию.
  27. Лечите до достижения цели. В лечении РА (и псориатического артрита) важное значение имеет ранняя терапия для снижения активности заболевания.
    - Не важно, какой способ измерения активности заболевания вы используете (это может быть Clinical Disease Activity Index — CDAI, Routine Assessment of Patient Index Data 3 — RAPID3, и др.), просто выберите один и пользуйтесь им для того, чтобы документировать, достигло ли ваше лечение цели — снижения активности заболевания или ремиссии.
  28. Образование аутоантител (обычно антител к гистонам), вызванное приемом лекарств, встречается чаще, чем лекарственный волчаночно-подобный синдром.
  29. У пациента с СКВ, у которого наблюдается ухудшение функции почек, исключите прием безрецептурных НПВП. У пациента с фотосенсибилизацией исключите прием НПВП и тиазидных диуретиков.
  30. Системный склероз.
    - Дебют гипертензии в сочетании с шистоцитами в мазке крови у пациента с диффузным системным склерозом являются предвестниками склеродермического почечного криза, особенно у больного с антителами к РНК молимеразе III. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) эффективнее блокаторов рецептора ангиотензина.
    - Соотношение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) к диффузионной способности легких по монооксиду углерода (DLCO) >1,6 — прогностический фактор развития легочной гипертензии.
    - ФЖЕЛ <70% и данные компьютерной томографии высокого разрешения, свидетельствующие о фиброзе легких >20%, говорят о риске прогрессирования интерстициальных изменений легких, обусловленных склеродермией.
  31. В отношении пациента с индурацией кожи в отсутствие феномена Рейно, склеродактилии, изменений при капилляроскопии ногтевого ложа и аутоантител подумайте о склеродермоподобном заболевании.
  32. У больных с феноменом Рейно высока вероятность (>80%) развития системного склероза в случае наличия изменений при капилляроскопии ногтевого ложа и обнаружения антител, ассоциированных со склеродермией.
  33. Воспалительный миозит высоко вероятен у пациентов со слабостью в проксимальных отделах мышц, с повышением креатинфосфокиназы (КФК), повышением уровня МВ-фракции общей КФК (>2% общей КФК) и уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ).
  34. Язвы кожи и антитела к 155/140 сигнализируют о наличии онкологического заболевания у пациента с дерматомиозитом.
  35. Стероидная миопатия не вызывает повышения КФК.
  36. Статины могут вызвать миалгии без повышения КФК, миалгии с повышением КФК и некротизирующую миопатию с антителами к ГМГ-КоА-редуктазе.
    - При миалгиях может оказаться эффективным коэнзим Q.
    - Гидрофильные статины (правахол, розувастатин) реже вызывают миопатию по сравнению с липофильными статинами (симвастатин и др.).
  37. У всех больных со смешанным заболеванием соединительной ткани (СЗСТ) должны наблюдаться феномен Рейно и высокие титры антител к U1-RNP.
  38. До половины пациентов с диффузными болезнями соединительной ткани (ДБСТ) в дебюте имеют недифференцированную клиническую картину, из них у половины в течение трех лет разовьется определенная ДБСТ. Очень важны терпение и наблюдение.
  39. Синдром Шегрена — самое частое аутоиммунное заболевание у женщин среднего возраста, и о нем необходимо думать в отношении каждого пациента с необъяснимыми симптомами и АНА.
  40. Правило «Один из пяти»: 20% всех венозных синдромов, 20% инсультов у людей до 50 лет и 20% повторных невынашиваний беременности связаны с антифосфолипидным синдромом (АФС).
  41. «Трижды позитивные» (положительные по волчаночно-му антикоагулянту, антителам к кардиолипину и антителам к  $\beta_2$ -гликопротеину I) пациенты имеют наибольший риск тромбообразования.
  42. Все пациенты со значимо повышенным уровнем антител к фосфолипидам должны получать профилактически антикоагулянтную терапию перед хирургической операцией и/или после родов, даже если у них никогда не было тромбозов. Хирургическое высвобождение тканевого фактора — это второй «хит» в «гипотезе двух хитов» тромбообразования у пациентов с антителами к фосфолипидам. У пациенток с антифосфолипидными антителами независимо от исхода беременности всегда оценивайте плаценту на клинические и/или морфологические признаки повреждения. Если будет выявлено повреждение плаценты, пациентка нуждается в антикоагулянтной терапии в течение любой последующей беременности.
  43. О болезни Стилла необходимо думать в отношении каждого больного с ежедневной лихорадкой, снижающейся до нормы или ниже, с сыпью и болями в суставах. Диагноз подтверждается уровнем ферритина выше 1000 нг/мл.

44. 20 мг преднизолона в день эффективны у пациентов с ревматической полимиалгией (РПМ). Это лечение в течение месяца нормализует клиническую картину и СОЭ. Лихорадка и отсутствие клинического и серологического ответа на преднизолон могут говорить о гигантоклеточном артериите или другом заболевании, например лимфоме.
45. У любого пациента с полисистемным заболеванием СОЭ выше 100 мм/ч и С-реактивным протеином, в 10 раз превышающим верхний уровень нормы, исключайте инфекцию и опухоль, после чего думайте о васкулите. Первичные васкулиты (то есть не связанные с наличием другого заболевания) не ассоциируются с позитивной серологией (АНА, ревматоидный фактор, низкий комплемент), нейтропенией и тромбоцитопенией. При их наличии думайте о другом заболевании.
46. Гигантоклеточный артериит (ГКА) — самая частая форма васкулита у пожилых людей, а «перебегающая хромота» челюстей — самый специфичный симптом.
47. Проводите аускультацию подключичных артерий у всех пациентов с подозрением на ГКА, поскольку шум над ними может быть единственной клинической находкой. Вовлечение крупных сосудистых стволов при ГКА в 17 раз повышает риск расслоения аорты и формирования аневризм.
48. Не откладывайте назначение преднизолона у пациента с подозрением на ГКА. Преднизолон, принимаемый в течение недели, не повлияет на результаты биопсии височной артерии.
49. Скорее всего, подозрение на первичный васкулит центральной нервной системы (ЦНС) окажется неверным диагнозом. Исключайте другие заболевания с помощью биопсии мозговой ткани.
50. У всех взрослых пациентов с отитом среднего уха необходимо исключать гранулематоз с полиангиитом (ГПА, или болезнь Вегенера). ГПА поражает преимущественно верхние и нижние отделы дыхательных путей и почки и ассоциируется с антителами к протеиназе 3 — к цитоплазме нейтрофилов (PR3-ANCA). О микроскопическом полиангиите следует думать в отношении всех пациентов с легочно-ренальным синдромом, ассоциированным с антителами к миелопероксидазе-ANCA.
51. У пациентов с пурпурой Шенлейна-Геноха при биопсии кожи выявляется лейкоцитокластический васкулит с отложениями IgA в стенке сосудов, выявляемыми при прямой иммунофлюоресценции. Пурпура Шенлейна-Геноха — самая частая форма васкулита мелких сосудов у детей.
52. Уртикарная сыпь, сохраняющаяся дольше 24 ч и заканчивающаяся гиперпигментацией, скорее всего, вызвана васкулитом.
53. У большинства больных со смешанной криоглобулинемией отмечаются пальпируемая пурпура, артралгии и слабость/боли в мышцах (триада Мельцера). Еще до получения анализа на криоглобулины диагноз подтверждается обнаружением ревматоидного фактора и низкого уровня С4.
54. «Рефрактерный» васкулит следует рассматривать как проявление инфекции до тех пор, пока не будет доказано иное.
55. Болезнь Бехчета — единственный васкулит, вызывающий легочные аневризмы.
56. Многие болезни, особенно васкулиты и миелодиспластические синдромы, ассоциируются с рецидивирующим полихондритом.
57. Энтезит — яркий признак серонегативной спондилоартропатии.
58. Даже с учетом того, что HLA-B27 повышает риск развития спондилоартропатии в 50 раз, анкилозирующим спондилитом заболевает только 1 из 50 (2%) носителей HLA-B27, но без семейного анамнеза. Если есть семейный анамнез, то риск увеличивается до одного из пяти (20%).
- Примерно у 50% пациентов с рецидивирующим односторонним передним увеитом, позитивных по HLA-B27, уже есть или присоединится в будущем спондилоартропатия.
59. У пациента моложе 40 лет, имеющего три из четырех следующих признаков, высока вероятность того, что боль в спине вызвана воспалением: 1) утренняя скованность 30 мин и более; 2) боль в спине уменьшается после физических упражнений, а не в покое; 3) пациент просыпается от боли в спине и скованности только во второй половине ночи; 4) альтернативная боль в ягодицах.
60. У пациентов с болезнью Крона воспалительное поражение суставов более вероятно при распространенном кишечном процессе. Такие больные могут иметь выраженный артрит на фоне незначительной симптоматики со стороны желудочно-кишечного тракта.
61. Рак поджелудочной железы может выделять ферменты, вызывающие некроз жировой ткани, что проявляется триадой симптомов — артрит нижних конечностей, болезненные узелки и зоинофилия (триада Шмидта).
62. Реактивный артрит — это стерильный артрит, которому обычно за 1–4 нед предшествует инфекция желудочно-кишечного или мочевыводящего тракта. При этом длительная антибиотикотерапия может быть эффективной только при хламидийной инфекции.
63. Воспаление дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) и дактилит пальцев рук очень характерны для псориатического артрита.
- При артрите ДМФС спектр дифференциальной диагностики включает псориатический артрит, остеоартрит, множественный ретикулогистиоцитоз и первичный билиарный цирроз. У пациента с остеоартритом и воспалением ДМФС необходимо исключить подагру.
64. У любого пациента с лихорадкой, артралгиями и теносиновитом необходимо исключить диссеминированную гонококковую инфекцию (ДГИ). У большинства женщин ДГИ развивается через неделю после начала менструаций.
65. Если у пациента с лаймской болезнью развивается гемолиз, нейтропения и/или тромбоцитопения, необходимо исключать микст-инфекцию с бабезией или анаплазмой.