

Ж 42

Міністерство охорони здоров'я України  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти  
Українська медична стоматологічна академія

# РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Ждан В.М., Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А.*



- діагностика
- диференційний діагноз
- лікування

Допущено  
Центральним методичним кабінетом МОЗ України  
як навчальний посібник для студентів вищих навчальних  
закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів

Міністерство охорони здоров'я України  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти  
Українська медична стоматологічна академія

Ждан В.М., Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А.

**РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**  
**(діагностика, диференційний діагноз,**  
**лікування)**

Допущено  
Центральним методичним кабінетом МОЗ України  
як навчальний посібник для студентів  
вищих навчальних медичних закладів  
IV рівня акредитації та лікарів-інтернів

Полтава  
"Полтавський літератор"  
2004

**Ждан В.М., Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А.** Ревматичні захворювання (діагностика, диференційний діагноз, лікування).  
Полтава: Полтавський літератор, 2004. – 140 стор.

**ISBN 969-8304-34-9**

**ISBN 969-8304-34-9**

© Ждан В.М.  
© Катеренчук І.П.  
© Ткаченко Л.А.

## ПЕРЕДМОВА

Ревматичні захворювання є одними з найбільш розповсюджених захворювань внутрішніх органів. І хоча ревматологія відокремилась у самостійну спеціальність, хворі, здебільшого, лікуються протягом тривалого проміжку часу саме у дільничного терапевта або, останнім часом, у сімейного лікаря.

У зв'язку з цим лікарю надто важливо знати основні клінічні прояви ревматичних захворювань та діагностичні критерії кожного з них, оскільки лише правильна і своєчасна діагностика зможе забезпечити успіх лікування.

Ревматичні захворювання — це захворювання, які мають дві важливі особливості.

Перша особливість полягає у тому, що для розуміння тих процесів, які лежать у основі ревматичних захворювань, недостатньо знань лише з внутрішніх захворювань. Лікар повинен мати ґрунтовні знання з анатомії, фізіології, мікробіології, патологічної анатомії. Крім того, для розуміння окремих розділів необхідний достатній об'єм знань з імунології, молекулярної біології та генетики, фармакодинаміки та фармакокінетики лікарських засобів, імуногенетики, клінічної біохімії, екології. При проведенні диференційної діагностики і лікування лікар повинен часто спілкуватися з лікарями інших спеціальностей — травматологами-ортопедами, артрологами, нефрологами, інфекціоністами, гастроентерологами, кардіологами, окулістами, урологами, гінекологами, оториноларингологами, фізіотерапевта-

ми, курортологами та ін. Тобто, ревматичні захворювання інтегровані і поєднують у собі знання з різних клінічних дисциплін.

Друга особливість полягає у тому, що ці захворювання, як ніякі інші, здатні уже на ранніх етапах значно погіршувати якість життя пацієнта. Тому своєчасна діагностика і лікування цих захворювань можуть попередити прогресування і розвиток ускладнень, а тим самим забезпечити покращення якості життя і не допустити інвалідизації хворих. Зараз в Україні понад 3 мільйони хворих, що страждають на ревматичні захворювання. У структурі первинної непрацездатності вони займають перше місце, а по первинній інвалідності — друге місце серед захворювань внутрішніх органів. У зв'язку з цим, на лікаря покладається велика відповідальність за своєчасну діагностику і лікування хворих на ревматичні захворювання.

Автори посібника сподіваються, що він надасть студентам і лікарям практичну допомогу у розумінні актуальних проблем сучасної ревматології, питаннях діагностики і терапії хворих на ревматичні захворювання. Всі зауваження і пропозиції щодо покращення цього видання автори сприймуть з вдячністю.

**Автори**

## **СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

- АРА — американська ревматологічна асоціація  
АС — анкілозуючий спонділоартрит  
АСГ — антистрептогіалуронідаза  
АСК — антистрептокіназа  
АСЛ-О — антистрептолізин-О  
БДУ — без додаткових уточнень  
ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я  
ВП — вузликівий поліартеріїт  
ГК — глюкокортикоїди  
ДЕФ — дифузний еозинофільний фасцит  
ДЗСТ — дифузні захворювання сполучної тканини  
ДМ — дерматоміозит  
ДНК — дезоксирибонуклеїнова кислота  
ДФА — дифеніламінова реакція  
ЕКГ — електрокардіограма  
ЕхоКГ — ехокардіограма  
ЗЗСТ — змішане захворювання сполучної тканини  
МКАТ — моноклональні антитіла  
НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби  
ПФА — пірофосфатна артропатія  
ОА — остеоартроз  
ОД — одиниця

СКХ — сечокам'яна хвороба  
СН — серцева недостатність  
СРБ — С-реактивний білок  
ССД — системна склеродермія  
СЧВ — системний червоний вовчак  
РА — ревматоїдний артрит  
РП — ревматична поліміалгія  
РФ — ревматоїдний фактор  
УПТ — ураження періартикулярних тканин  
ФК — функціональний клас  
ФКГ — фонокардіограма  
ФН — функціональна недостатність  
ФНС — функціональна недостатність суглобів  
ХНН — хронічна ниркова недостатність  
ЦК — циркулюючі імунні комплекси  
ЦНС — центральна нервова система  
ЦОГ — циклооксигеназа  
ШКТ — шлунково-кишковий тракт  
ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів

## РЕВМАТИЗМ

*Ревматизм (гостра ревматична лихоманка)* — це системне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі, яке розвивається у людей схильних до нього, переважно молодого (дитячого і підліткового) віку.

Діагностичні критерії ревматизму  
(АРА, 1992; рекомендовані ВООЗ,1989)

### *Великі критерії:*

- кардит;
- поліартрит;
- хорея;
- кільцподібна еритема;
- підшкірні ревматичні вузлики.

### *Малі критерії:*

#### *Клінічні:*

- попередній ревматизм або ревматична хвороба серця;
- артралгія;
- лихоманка.

#### *Лабораторні:*

- лейкоцитоз, СРВ, прискорення ШОЕ;
- дані, що підтверджують перенесену стрептококову інфекцію: (підвищений титр протистрептококових антитіл, АСЛ-О).

*Інструментальні:* подовжений інтервал PQ на ЕКГ.

#### *Інші:*

- висівання із зівя стрептокока групи А;
- недавно перенесена скарлатина.

Наявність двох великих або одного великого і двох малих критеріїв свідчать про високу імовірність гострого ревматизму за наявності підтвердження даних про перенесену інфекцію, викликану стрептококом групи А.

Результати дослідження наявної інфекції стрептококом А:

- позитивна культура із зівя або стрептококовий антиген-тест;



- підвищений або наростаючий титр стрептококових антитіл.

### **Критерії активності ревматичного процесу**

#### **Максимальна активність ревматичного процесу (III ступінь)**

1. *Клінічні критерії:* загальні та місцеві прояви з наявністю лихоманки, переважанням ексудативного компоненту ураження внутрішніх органів: панкардит, дифузний міокардит, пневмонія, гепатит, ревматичний поліартрит.

2. *Клініко-інструментальні критерії:* порушення провідності та реполяризації на ЕКГ, реєстрація шумів на ФКГ, рентгенологічні дані щодо збільшення серця, наявності пневмонії, плевриту.

3. *Лабораторні показники:* нейтрофільний лейкоцитоз  $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ понад 40 мм/год, С-реактивний білок — 3 мм,  $\alpha_2$ -глобуліни — 13–14%, гамаглобуліни близько 25%, серомукоїд — 0,2–0,6, ДФА — 0,25–0,5 ОД, серологічні показники: АСГ, АСЛ-0, АСК, перевищуючі контрольні у 3–5 разів. Виражене підвищення проникності стінки капілярів 2–3 ступеня.

#### **Помірна активність ревматичного процесу (II ступінь)**

1. *Клінічні критерії:* помірні клінічні прояви ревматичної атаки, без виражених лихоманки та ексудативного процесу, з менш вираженими змінами збоку внутрішніх органів: підгострий ревмокардит, плеврит, поліартрит, хорея, можлива кільцеподібна еритема, ревматичні підшкірні вузлики.

2. *Клініко-інструментальні критерії:* помірні зміни на ЕКГ, ФКГ та рентгенограмах, які відображають ураження серця.

3. *Лабораторні показники:* нейтрофільний лейкоцитоз ( $10 \cdot 10^9/\text{л}$ ), ШОЕ 20–30 мм/год, С-реактивний білок 1–2 мм,  $\alpha_2$ -глобуліни — 11–13%, гамаглобуліни — 22–25%, ДФА — 0,25–0,3 ОД, серомукоїд 0,2–0,3 ОД. Підвищення титрів серологічних показників в 1,5–2 рази. Збільшення проникності капілярів 2 ступеня.

## *Мінімальна активність ревматичного процесу (I ступінь)*

1. *Клінічні критерії:* клінічна симптоматика ревматичного процесу виражена слабо, майже повністю відсутні ознаки ексудативного запалення, переважно моносиндромний характер запальних уражень. З вісцеральних проявів найчастіше відзначається безперервно-рецидивуючий ревмокардит, який важко піддається лікуванню, можливі симптоми хореї, васкуліту, підшкірні ревматичні вузлики, кільцеподібна еритема, артралгія.

2. *Клініко-інструментальні критерії:* зміни ЕКГ, ФКГ, рентгенологічна картина адекватні особливостям ураження серця.

3. *Лабораторні критерії:* звичайно мало відрізняються від норми з незначними відхиленнями окремих лабораторних показників.

### **Приклади формулювання діагнозів:**

#### *I. Гострий ревматизм:*

Гостра ревматична лихоманка: ревматичний поліартрит, активність (I, II, III), СН<sub>0</sub>

Гостра ревматична лихоманка: кардит, ревматичний поліартрит, активність (I, II, III), СН<sub>I</sub>, ФК<sub>II</sub>

Гостра ревматична лихоманка: хорея, кардит, активність (I, II, III), СН<sub>0</sub>

Гостра ревматична лихоманка: хорея, активність (I, II, III), СН<sub>0</sub>

#### *II. Хронічний активний ревматизм*

Ревматизм, активність (I, II, III), недостатність мітрального клапана, СН<sub>I</sub>, ФК<sub>II</sub>

Ревматизм, активність (I, II, III), комбінована мітральна вада з переважанням стенозу, фібриляція передсердь, СН<sub>II</sub>, ФК<sub>III</sub>

Ревматизм, активність (I, II, III), мітральна вада з переважанням стенозу, аортальна вада з переважанням недостатності, часті шлуночкові екстрасистоли, СН<sub>II</sub>, ФК<sub>III</sub>

Ревматизм, активність (I, II, III), мітральна вада без переважання, недостатність аортального клапана, недостатність тристулкового клапана, СН<sub>III</sub>, ФК<sub>IV</sub>

### *III. Хронічний неактивний ревматизм*

Хронічна ревматична хвороба серця, недостатність мітрального клапана, СН<sub>0</sub>

Хронічна ревматична хвороба серця, комбінована мітральна вада з переважанням стенозу, фібриляція передсердь, СН<sub>II</sub>, ФК<sub>III</sub>

Хронічна ревматична хвороба серця, мітральна вада з переважанням стенозу, аортальна вада з переважанням недостатності, часті шлуночкові екстрасистоли, СН<sub>II</sub>, ФК<sub>III</sub>

Хронічна ревматична хвороба серця, мітральна вада без переважання, недостатність аортального клапана, недостатність тристулкового клапана, СН<sub>III</sub>, ФК<sub>IV</sub>

### *Алгоритм диференційної діагностики шумів серця у здорових людей*

1. Відсутність скарг, що свідчить про серцеву недостатність.

2. У анамнезі немає даних про вроджені вади серця, перенесені запальні ураження серця та ревматизм.

3. Висока толерантність до фізичного навантаження при проведенні проб з навантаженням.

4. Шум звичайно не вислуховується або вислуховується локально, займає менше половини систоли, не проводиться у інші аускультативні пункти.

5. Амплітудні співвідношення I та II тону на ФКГ звичайні, відсутність зв'язку шуму з тонами.

6. Фізикально та за результатами інструментальних методів (рентгенологічне та ультразвукове дослідження) відсутні дані про зміни форми та розмірів серця або його окремих камер: передсердь, шлуночків.

7. Звичайні показники інструментальних методів, що характеризують основні фізіологічні функції серця.

### *Алгоритм диференційної діагностики шумів, що супроводжують деякі хвороби людини*

1. Наявність прямого клінічного зв'язку з фоновим захворюванням.

2. У анамнезі відсутні дані про ревматичні та інші захворювання, які здатні спричинити ураження клапанного апарату серця або міокардит (кардіосклероз).

3. На відміну від шуму здорових людей, шум може вислуховуватися у декількох пунктах, зонах, відсутня географія проведення шуму, притаманна вадам серця (недостатність мітрального клапана, стеноз гирла аорти).

4. Зберігається звичайне співвідношення I і II тону. На ФКГ може реєструватися відносно зниження амплітуди I тону, шум може бути зв'язаний з I тоном.

5. ЕКГ — відсутні ознаки гіпертрофії відділів серця.

6. Рентгенологічно може реєструватися збільшення розмірів серця, втім, воно не має специфіки, характерної для тих або інших вад серця. Контрастований барієм стравохід розташований звичайно, не відхиляється.

7. При ультразвуковому дослідженні відсутні дані про ураження клапанного апарату серця.

### *Алгоритм диференційної діагностики мітрального стенозу*

1. *Ревматичний анамнез.* Можлива відсутність ревматичного захворювання. Ревматизм і вада серця діагностується при наявності характерних клініко-інструментальних даних.

2. *Наявність характерної для мітрального стенозу клінічної симптоматики* (задишка, акроціаноз, раннє обмеження фізичної активності, розвиток недостатності кровообігу і порушення ритму серця, тощо).

3. *Аускультативні дані:* ляскаючий перший тон на верхівці серця, роздвоєння II тону на легеневій артерії (ритм перепілки), акцент II тону на легеневій артерії, клацання відкриття мітрального клапана, діастолічний шум з пресистолічним підсиленням з епіцентром на верхівці.

4. *ФКГ-ознаки:* збільшення амплітуди I тону на верхівці серця, збільшення інтервалу Q-I тон до 0,08–0,12 с,

збільшення амплітуди II тону на легеневій артерії, розщеплення II тону на легеневій артерії, клацання відкриття мітрального клапана, середньо- і низькочастотний діастолічний шум після невеликого інтервалу від II тону з максимумом на верхівці серця.

5. *ЕКГ-ознаки*: ознаки гіпертрофії або гіпертрофія лівого передсердя, ознаки гіпертрофії правого шлуночка.

6. *Рентгенологічні дані*: мітральна конфігурація серця, збільшення лівого передсердя, збільшення правого шлуночка, легенева гіпертензія (венозна і артеріальна), лівий шлуночок нормальних розмірів, відхилення контрастового бар'єр стравоходу за дугою малого радіусу.

7. *ЕхоКГ-ознаки*: потовщення стулок мітрального клапана, їх кальциноз, укорочення хорд, зниження швидкості раннього діастолічного прикриття передньої стулки мітрального клапана (норма — 40–60 мм/сек). Однонаправлений рух стулок у діастолу, зниження амплітуди діастолічного відкриття передньої мітральної стулки (норма — 18,4 мм), зменшення величини розходження стулок мітрального клапана у діастолу (норма — 26,9 мм), збільшення порожнини лівого передсердя, гіпертрофія правого шлуночка, зміщення мітрального клапана до міжшлуночкової перетинки, зменшення площі (норма — 4–6 см<sup>2</sup>) і діаметра фіброзного кільця (норма >3,5 см) мітрального клапана. При доплерівському дослідженні — збільшення швидкості діастолічного протікання і градієнту тиску на мітральному клапані.

### *Алгоритм диференційної діагностики недостатності мітрального клапана*

1. *Наявність ревматичного анамнезу*. Допустимою є відсутність ревматичного анамнезу. У таких випадках ревматизм та вада визначаються ретроспективно на підставі комплексу клініко-інструментальних критеріїв.

2. *Аускультативні ознаки*: спадаючий або зростаючий до II тону систолічний шум на верхівці, ослаблення I тону на верхівці, тричленна мелодія роботи серця на верхівці (III тон).

3. *ФКГ-ознаки*: пансистоличний шум або спадаючий шум на верхівці, що розпочинається за I тоном, зменшення амплітуди I тону на верхівці, III тон на верхівці.

4. *ЕКГ* — гіпертрофія або виражена гіпертрофія переважно лівого передсердя та лівого шлуночка.

5. *Рентгенологічні ознаки* — згладженість “галії серця”, мітральна конфігурація серця, переважне розширення лівого шлуночка та передсердя, відхилення контрастованого бар'єру стравоходу за дугою великого радіуса.

6. *ЕхоКГ* — ознаки: порушення структури клапана (потовщення стулок, відрив хорд, кальциноз, вегетації, пролапс мітрального клапана), систолічна сепарація стулок, надлишкова амплітуда діастолічного руху стулок, дилатація лівих відділів серця, надлишкова екскурсія міжшлуночкової перетинки; при доплеровському дослідженні — струмінь регургітації у порожнину лівого передсердя.

#### *Алгоритм диференційної діагностики стенозу гирла аорти*

1. У анамнезі наявність ревматизму. Як і при інших ревматичних вадах, при встановленні діагнозу за наявності інших діагностичних критеріїв допускається відсутність ревматичного анамнезу.

2. *Аускультативні ознаки*: грубий систолічний шум з максимальною вираженістю у II міжребер'ї справа. Шум добре проводиться за протіканням крові (на сонні артерії), може прослуховуватися на кістках плечового поясу. Ослаблення або зникнення II тону над аортою.

3. *ФКГ-ознаки*: середньо-високочастотний ромбоподібний шум над аортою, зниження амплітуди II тону над аортою.

4. *ЕКГ-ознаки* — ознаки гіпертрофії з систолічним переважанням лівого шлуночка.

5. *Рентгенологічні ознаки*: аортальна конфігурація серця, уповільнення пульсації лівого шлуночка, при вираженому стенозі реєструється розширення лівого шлуночка та висхідної частини аорти (грушоподібна форма).

6. *ЕхоКГ-ознаки*: зміни клапана (потовщення стулок, фіброз, кальциноз, вегетації). Обмеження розкриття стулок

у систолу (норма — 1,5–2,6 см), збільшення часу систолічного відкриття стулок, зменшення площі отвору (норма — 2,5–3,5 см), гіпертрофія стінок на фоні незначного або помірного розширення порожнини лівого шлуночка. Збільшення швидкості систолічного потоку (норма — 100–170 см/сек) і градієнта тиску на аортальному клапані.

### *Алгоритм диференційної діагностики недостатності аортального клапана*

1. Ревматизм в анамнезі. При відсутності ревматичного анамнезу визначається за клініко-інструментальними критеріями.

2. *Судинні ознаки*: пульсація артерій (сонних, підключичних), капілярний пульс, вислуховування на артеріях подвійного тону Траубе, шуму Виноградова-Дюроз'є).

3. *Аускультативні ознаки*: діастолічний шум у II міжребер'ї праворуч від грудини, шум проводиться за током регургітації крові і може добре прислуховуватися у точці Боткіна та на верхівці, ослаблення або відсутність II тону на аорті.

4. *ФКГ-ознаки* — шум пов'язаний з II тоном, носить характер *decrescendo*, займає всю діастолу, може реєструватися відносно зниження амплітуди I тону, шум може бути зв'язаний з I тоном, зниження амплітуди II тону на аорті.

5. *Рентгенологічні ознаки*: аортальна конфігурація серця, збільшення лівого шлуночка, розширення висхідної дуги аорти.

6. *ЕхоКС-ознаки*: зміни аортального клапана (двохстулковий аортальний клапан, пролапс стулок, потовщення стулок, кальциноз, вегетації), незмикання стулок клапана у діастолі, дрібноамплітудне тріпотіння передньої стулки мітрального клапана у діастолі, інцизура у русі міжшлуночкової перетинки, збільшення порожнини лівого передсердя і шлуночка, розширення кореня аорти, три доплерівському дослідженні — струмінь регургітації на аортальному клапані.

## Лікування ревматизму

### 1. Етіотропна терапія:

- пеніцилін по 1,5 млн. ОД на добу і більше протягом 10–12 днів, потім біцилін-5 по 1,5 млн. ОД 1 раз на 3 тижні;
- при непереносимості пеніциліну — еритроміцин по 250 мг 4 рази на добу або кларитроміцин (класид, зосин) по 250 мг 2 рази на добу протягом 7 днів.

### 2. Нестероїдні протизапальні засоби:

- диклофенак по 150 мг на добу протягом 2–4 тижнів, потім підтримуюча доза 75 мг на добу протягом 1–1,5 міс., при необхідності до 3–5 місяців. При НПЗЗ-гастропатіях призначають селективні інгібітори ЦОГ<sub>2</sub> – німесулід (німесил), мелоксикам, целекосіб (целебрекс), рофекосіб (рофіка), а також сучасний вітчизняний протизапальний засіб — амізон.

### 3. Глюкокортикостероїди:

- преднізолон по 20–30 мг на добу протягом 2 тижнів з подальшим поступовим зниженням дози на 2,5 мг кожні 5–7 днів і переходом на НПЗЗ.

### 4. Амінохінолонові препарати:

- плаквеніл по 0,2 г на добу;
- делягіл по 0,25 г на добу.

Амінохінолонові препарати призначають при затяжних та безперервно рецидивних формах ревматизму, первинному ревмокардиті з ураженням клапанного апарату серця, або при тривалому лікуванні з тенденцією до затяжного перебігу захворювання, поєднуючи їх з глюкокортикостероїдами.

### Диференційно-діагностичні ознаки ревматичного і інфекційного ендокардиту

| Ознаки               | Ревматичний ендокардит   | Інфекційний ендокардит   |
|----------------------|--|--|
| 1                    | 2  | 3  |
| Анамнез              | Гострий і хронічний тонзилит, переохолодження, скарлатина      | Хірургічне втручання, стоматологічні маніпуляції, урологічне або гінекологічне дослідження |
| Початок захворювання | Частіше гострий  | Частіше підгострий, іноді гострий  |
| Колір шкіри          | Залежить від характеру вади та стадії недостатності кровообігу | Бльда або кольору кави з молоком   |



| 1  | 2  | 3  |
|--|--|--|
| Живлення   | Залежить від стадії недостатності кровообігу                                       | При тривалому перебігу загальне виснаження   |
| Яхроманка  | Ремітуюча, тривалість до 15–20 та більше днів (без патогенетичного лікування).     | Спочатку може мати неправильний ремітуючий характер, великі добові коливання. Характерна ознака – “свічки Яновського”.     |
| Озноб  | Помірно виражений  | Виражений  |
| Пітливість                                       | Часто  | Масивна пітливість (частіше вночі), характерна “малярійна града”   |
| Петехіальні симптоми                             | Не виражені  | Позитивний симптом Кончаловського–Румпеля–Леєде, плями Лукіна–Лібмана  |
| Ураження шкіри                                   | Кільцеподібна еритема, ревматичні вузлики  | Петехії, вузлики Ослера, рідше висипання по типу “шкіра леопарда”  |
| Пальці у вигляді барабаних паличок               | Рідко  | Часто  |
| Ураження суглобів                                | Поліартрит   | Артралгія, моноартрит емболічного характеру  |
| Ураження серозних оболонок (перикардит, плеврит) | Часто  | Рідко  |
| Ураження ендокарда                               | Частіше мітрального клапана, потім аортального                                     | Частіше уражений клапан аорти, рідше — передня стулка мітрального клапана  |
| Емболія великих судин                            | Як ускладнення вади серця  | Часто  |
| Ураження центральної нервової системи            | Хорея, васкуліт  | Вогнищеві зміни внаслідок емболії, абсцеси мозку, менингеальна симптоматика  |
| Ураження легень                                  | Пневмоніт  | Метастатична пневмонія   |
| Ураження нирок                                   | Дифузний доброякісний гломерулонефрит (рідко)                                      | Часто дифузний гломерулонефрит, нерідко емболічний вогнищевий гломерулонефрит. Амілоїдоз (при тривалому перебігу)          |
| Ураження печінки                                 | Залежить від стадії недостатності кровообігу                                       | Паренхіматозна жовтяниця   |
| Ураження селезінки                               | Не характерне  | Часто септичний мезенхімальний спленіт, інфаркт  |
| Периферійна кров                                 | Лейкоцитоз, помірне збільшення ШОЕ, іноді зустрічаються макрофаги                  | Частіше анемія (макроцитарна), зсув лейкограми вліво, тромбоцитопенія, збільшення ШОЕ. Зустрічаються макрофаги; лейкопенія |
| Формолова проба                                  | Негативна  | Рідко позитивна  |
| Білковий спектр                                  | Гіпоальбумінемія, збільшення $\alpha_2$ -глобулінів, помірна гіпергамаглобулінемія | Гіпоальбумінемія   |
| Титри стрептококових антитіл                     | Підвищені титри АСЛ-О, АСГ   | Нормальні  |
| Бактеріологічне дослідження крові                | Висівається $\beta$ -гемолітичний стрептокок                                       | Зеленячий стрептокок, грамнегативна флора, стафілокок  |

## Диференційно-діагностичні ознаки ревматичного та ревматоїдного артриту

| Ознаки                                      | Ревматичний артрит  | Ревматоїдний артрит  |
|---|---|--|
| Ранкова скрутність суглобів                 | Відсутня  | Спостерігається майже у всіх   |
| Біль у суглобах                             | У гострому періоді виражений, посилюється при дотику ковдри, пересуванні у ліжку, має "летючий" характер, короткочасний | Виражений, довго зберігається, слабшає у період ремісії та фінальний стадії захворювання   |
| Характер ураження суглобів                  | Симетричне ураження колінних, гомілкоступневих, плечових, іноді хребцевих суглобів, сакроілеїт не спостерігається       | Починається з ураження дрібних суглобів кистей та ступней, пізніше уражаються великі суглоби   |
| Порушення функції суглобів                  | Тільки у гострій фазі   | Не залежить від фази захворювання, прогресує   |
| Перебіг суглобового синдрому                | Порівняно рідкі рецидиви  | Явно прогресуючий, з ремісіями та частими загостреннями  |
| Температура тіла                            | Висока у гострому періоді   | Підвищена незалежно від форми та фази захворювання   |
| Зв'язок з вогнищем інфекції                 | Часто виражений   | Нерідко виражений  |
| Підшкірні вузлики                           | Не спостерігаються  | Спостерігаються у ділянці кісткових виступів, розгинальної поверхні кінцівок   |
| Рентгенограма суглобів                      | Може бути розширення суглобової щілини у ексудативній стадії, кісткові зміни відсутні                                   | Остеопороз, звуження суглобової щілини, узури хряща і кісток, підвищені, анкілози, ліктьова девіація   |
| Ураження інших органів та систем            | Найчастіше серця (ендокарду та міокарду)  | Найчастіше серозних оболонок, нирок (амілоїдоз)  |
| Лейкоцитоз                                  | Виражений   | Виражений при гострій та підгострій формі, може бути при загостреннях хронічної форми  |
| Диспротеїнемія                              | Виражена в гострому періоді   | Гіпергаммаглобулінемія незалежно від періоду та форми захворювання   |
| Ревматоїдний фактор                         | У більшості випадків відсутній  | Спостерігається у 70–80% випадків  |
| С-реактивний протеїн                        | Підвищений в активній фазі  | Підвищений   |
| Титри стрептококових антитіл                | Значно підвищений в активній фазі   | Можуть бути підвищені у частини хворих   |
| Вміст глікозаміногліканів у сироватці крові | Не збільшений   | Різко збільшений   |
| Синовіальна рідина                          | Багата фібрином, полінуклеарами (80–95%), у пізніх стадіях наростає кількість лімфоцитів                                | Високий цитоз з нейтрофільозом при поганому муциновому згустку і зниженій в'язкості, наявність рогоцитів (лейкоцити з включеннями, які містять РФ)                       |
| Морфологічні зміни синовіальної рідини      | Ексудативні судинні реакції   | Гіпертрофія синовіальних ворсин, проліферація ворсин, лімфогістіоцитарні клітинні реакції, відкладення фібрину та фібриноїду, розростання грануляційної тканини, склероз |
| Вміст імуноглобулінів А, М, G               | Помірно підвищений  | Значно підвищений, особливо при ексудативній формі   |
| Лікування саліцилатами                      | Ефективне   | Міцнефективне  |

### Диференційна діагностика органічного і функціонального систолічного шуму

| Характеристика шуму                   | ОРГАНІЧНИЙ (недостатність мітрального клапана)   | ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ   |  |   |   |
|---------------------------------------|--|--|--|---|---|
|                                       |  | Кардіальний  |  | Екстракардіальний                                       |   |
|                                       |  | при анатомічних змінах (відносна недостатність мітрального клапана)  | при здавлюванні легеневої артерії          | при змінах в легенях                                    | при анемії  |
| Місце найкращого вислуховування       | Над верхівкою  | Над верхівкою  | Над легеневим стовбуром                    | Над ділянкою лівого шлуночка                            | Над легеневим стовбуром                                 |
| Інтенсивність                         | Значна   | Слабка   | Значна                                     | Слабка  | Залежить від вмісту крові                               |
| Постійність                           | Постійний  | Не постійний   | Постійний                                  | Не постійний  | Не постійний  |
| Вплив фізичного навантаження          | Посилюється  | Посилюється  | Посилюється                                | Посилюється   | Не змінюється   |
| Залежність від положення тіла хворого | Посилюється у положенні хворого лежачи   | Іноді посилюється у положенні хворого стоячи                         | Посилюється у положенні хворого лежачи     | Посилюється у положенні хворого лежачи                  | Не залежить   |
| Залежність від фази дихання           | Не залежить  | Посилюється при вдиху  | Посилюється при вдиху                      | Змінюється, іноді посилюється при вдиху, інколи слабшає | Змінюється, іноді посилюється при вдиху, інколи слабшає |
| Провідність                           | У підпахвинну ділянку  | Не проводиться   | Не проводиться                             | Не проводиться  | На судини шиї ("шум дзиги")                             |
| Фонокардіографічні ознаки             | Шум, що зменшується, пов'язаний з I тоном, нерідко високоамплітудний і голосистолічний | Пізній (не пов'язаний з I тоном), високочастотний, іноді наростаючий | Низькоамплітудний, не пов'язаний з I тоном | Мезосистолічний, невеликої амплітуди, веретеноподібний  | Веретеноподібний, невеликої амплітуди                   |

## Діагностично-диференційні ознаки головних набутих вад серця

| Ознаки                             | Вада серця  |  |   |  |  |
|------------------------------------|---|--|---|--|--|
|                                    | Недостатність мітрального клапана   | Звуження лівого передсердно-шлуночкового отвору  | Недостатність клапана аорти   | Звуження отвору аорти  | Недостатність тристулкового клапана  |
| 1                                  | 2   | 3  | 4   | 5  | 6  |
| 1. Зовнішній вигляд                | Без особливостей, при наявності недостатнього кровообігу — ціаноз губ   | Виражений ціаноз обличчя Корвізара   | Блідість шкіри, пульсація шийних артерій енергійний струс огруддя у ділянці серця (пульсуюча людина)  | Без особливостей   | Ціаноз обличчя, кистей, ступнів, переповнені пульсуючі вени шиї (пульсація яремних вен синхронно з систолою шлуночка)  |
| 2. Периферійні симптоми            | Відсутні  | Відсутні   | Симптом Мюсе, капілярний пульс, подвійний шум Дюроз'є, тон Траубе   | Відсутні   | Позитивний венний пульс, пульсація печінки   |
| 3. Верхівковий поштовх             | Помітний, візуально і пальпаторно посилений, розлитий, зміщений вліво, у V, іноді VI міжребер'ї   | Часто діастолічне "хотяче мугикання" над верхівкою (у положенні на лівому боці при максимальному видиху)   | Помітний, візуально посилений, резистентний, розлитий, зміщений вліво та вниз (у VI — VII міжребер'ї)   | Помітний візуально, піднімаючий, резистентний, зміщений вліво, вниз, систолічне дрижання над аортою і легеневою артерією | Без особливостей, іноді пульсація правого шлуночка, біля мечоподібного гаростка  |
| 4. Межі відносної серцевої тупості | При вираженій недостатності зміщені вліво   | Зміщені вгору, вправо, судинний пучок розширений вліво   | Зміщені вліво, вниз   | Зміщені вліво, вниз  | Зміщені вправо   |
| 5. Аускультация серця              | Іноді ослаблення над верхівкою, систолічний шум, що продовжується протягом всієї систоли, проводиться в підпахову ділянку, акцент II тону над легеневим стовбуром | Ляскаючий I тон, акцент II тону над легеневим стовбуром, діастолічний шум над верхівкою, роздвоєння II тону в II міжребер'ї зліва, над верхівкою — "ритм перепілки" (внаслідок появи тону відкриття мітрального клапана) | Ослаблення I тону над верхівкою, II тону над основою серця протодіастолічний шум над основою серця протодіастолічний шум над аортою, який проводиться вліво, вниз до верхівок | I тон частіше нормальний, II тон над аортою ослаблений, грубий систолічний шум проводиться на сонні артерії              | Ослаблення I тону над верхівкою, II тону над легеневим стовбуром, систолічний шум вислуховується в нижній частині груднини, в III-IV міжребер'ї справа, проводиться до правої ключиці, посилюється на висоті вдиху |

| 1                             | 2  | 3   | 4  | 5   | 6  |
|-------------------------------|--|---|--|---|--|
| 6. Пульс                      | Без змін   | Малий, часто аритмічний (по тилу миготливої аритмії), дефіцит пульсу  | Швидкий, високий, великий  | Малий, твердий, такий, що повільно наростає і знижується  | Без особливостей, іноді прискорений  |
| 7. Артеріальний тиск          | Нормальний   | Знижений систолічний, підвищений діастолічний   | Високий систолічний, низький діастолічний, великий пульсовий   | Незначно знижений систолічний   | Частіше знижений   |
| 8. Рентгенологічне обстеження | Згладженість лівого контуру серця за рахунок випинання вухка лівого передсердя, помірно розширення легеневого стовбура. Вибухання лівої нижньої дуги. Звуження ретрокардіального простору у II косому положенні, відхилення стравоходу по великому радіусу | Зникнення талі серця. Збільшення вухка лівого передсердя, вибухання синуса легеневого стовбура, збільшення правого шлуночка, який часто утворює передню поверхню серця. Звуження ретрокардіального простору у I косому положенні за рахунок збільшення лівого передсердя, відхилення стравоходу по малому радіусі, застійний легневий малюнок | Випинання дуги лівого шлуночка (подовження і поглиблена втінь діафрагми), верхівка серця заокруглена. Виразена талія серця, тінь його нагадує форму сидячої качки. Звуження ретрокардіального простору у II косому положенні   | Подовження дуги лівого шлуночка; заокруглення верхівки серця, розширення висхідної частини аорти. Випинання клапана аорти   | Значне розширення серця за рахунок правого передсердя. Невідповідність між вираженим збільшенням правих відділів серця і незначним застоєм у малому колі кровообігу. |
| 9. ЕКГ                        | Спочатку змін немає, при вираженій недостатності відхилення електричної осі вліво  | Відхилення електричної осі вправо на кут понад 90°, розширення зубця P у I, II стандартних і лівих грудних відведеннях, порушення внутрішньопередсердної провідності нерідко миготлива аритмія. Інтервал ST зміщений нижче ізолінії у відведеннях II, III, при дистрофії правого шлуночка зубець T знижений.                                  | Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, зміщення інтервалу ST в лівих грудних відведеннях і відведенні aVL при вертикальній і горизонтальній позиціях серця. Можуть бути ознаки блокади лівої ніжки передсердно-шлуночкового пучка | У початкових стадіях електрична позиція серця вертикальна або напіввертикальна, потім ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Зміщення інтервалу ST вниз, I, II стандартних та грудних відведеннях, від'ємний зубець T, конкордантний тип ЕКГ | Відхилення електричної осі вправо, від'ємний зубець T у відведеннях III, V <sub>2</sub> , V <sub>3</sub> двофазний зубець I, II, III та правих грудних відведеннях   |

| 1                   | 2   | 3  | 4   | 5   | 6   |
|---------------------|---|--|---|---|---|
| 10. ФКГ             | Збільшення тривалості I тону. Зменшення амплітуди його, систолічний шум, збільшення амплітуди II тону над легневим стовбуром, іноді розщеплення його  | Збільшення амплітуди I тону в 2-3 рази. Передсistolічний шум зливається з I тоном, реєструється тон відкриття мітрального клапану. Збільшення амплітуди II тону над легневим стовбуром, подвоєння його, інтервал Q-I тон більше 0,06 с                             | Високочастотний діастолічний шум, зниження амплітуди I тону над верхівкою, II тону над аортою   | Ромболоподібний або веретеноподібний систолічний шум над аортою. Шум не досягає II тону. Нерідко реєструється розщеплення I тону над верхівкою  | Систолічний шум на кривих зареєстрованих у ділянці III-IV міжребер'я справа від грудини, посилюється під час вдиху  |
| 11. Ехокардіографія | Дилатація лівих відділів серця, надмірна екскурсія міжшлуночкової перетинки і задньої стінки лівого шлуночка, різноспрямований діастолічний рух стулок мітрального клапана, незмикання їх під час систоли. Може бути систолічний прогин стулок вниз, розрив їх. | Значне зниження швидкості раннього діастолічного закриття передньої стулки, однонаправлений діастолічний рух мітрального клапана (більш масивна передня стулка тягне за собою зрощену з нею задню стулку). При кальцинозі відображення від стулок більше виражене. | Дилатація порожнини лівого шлуночка, гіпертрофія його задньої стінки і міжшлуночкової перетинки, збільшенням амплітуди її руху. Може відмічатись інцизура при русі міжшлуночкової перетинки з початку діастолі, діастолічне тріпотіння передньої стулки мітрального клапана під впливом регургітації крові з аорти. Характерно розширення просвіту аорти, збільшення пульсації її стінок, тріпотіння клапана аорти і відсутність змикання стулок клапана в період діастолі. | Велика кількість ехосигналів в середині просвіту аорти, що пов'язано з деформацією і нерідко випинанням стулок клапана аорти. Розширення порожнини лівого шлуночка, потовщення його задньої стінки і міжшлуночкової перетинки | Розширення порожнини правого шлуночка, незначений або парадоксальний рух міжшлуночкової перетинки, значне збільшення амплітуди відкриття передньої стулки тріохстулкового клапана |

## РЕАКТИВНІ АРТРИТИ

*Реактивні артрити* — це “стерильні” запальні захворювання суглобів, які виникають після будь-якої визначеної інфекції внаслідок імунних порушень, але при цьому ні інфекційного агента, ні його антигенів у порожнинні суглоба не виявляють (при використанні стандартних методик досліджень).

Загальними ознаками реактивних артритів є:

- розвиток захворювання у людей молодого віку (до 30–40 років);
- хронічний зв'язок з інфекцією (тобто суглобовий синдром розвивається під час інфекції чи протягом 1,5 місяця після неї);
- початок артриту гострий, з вираженими місцевими і загальними ознаками запалення;
- моно-, оліго- рідше поліартикулярний тип ураження з вираженою асиметрією суглобових змін, переважно суглобів ніг, нерідко з ураженням сухожилково-зв'язкового апарату і бурс (ахілобурсит, підп'ятковий бурсит);
- часте залучення сакроілеїтних змін та уражень хребта;
- наявність інших ознак системного процесу (ураження очей, шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів);
- відсутність у сироватці крові РФ;
- часте виявлення антигену гістосумісності HLA B-27;
- відносно доброякісний, хоча і торпідний перебіг процесу зі схильністю до рецидиву.

Всі реактивні артрити можуть бути розподілені на:

- постентероколітичні (шигеліоз, ієрсиніоз, сальмонеліоз, клебсієльоз, тощо);
- урогенітальні (виключаючи гонорею і хворобу Рейтера);
- після носоглоткової інфекції;
- після інших інфекцій;
- поствакцинальні.

### Загальні ознаки ентероартритів:

- поява артриту через 1–4 тижнів після діареї;
- гострий характер суглобового процесу — різка болючість при рухах, опухання, почервоніння шкіри і підвищення місцевої температури над ураженим суглобом;
- моно-, поліартрит середніх і великих суглобів;
- більш часте ураження суглобів ніг;
- асиметричне ураження суглобів;
- наявність бурситів, тендовагінітів;
- наявність антигену HLA B-27;
- позитивні результати бактеріологічного дослідження, виявлення діагностичних титрів антитіл.

При реактивних артритах уражуються різні органи (уретрит, простатит, орхіти, кон'юнктивіти, ірити, кератити, сакроілеїти, кардити, плеврити); за перебігом: гострі, реактивні і хронічні артрити.

II. Реактивні артрити, що обумовлені сечостатевою інфекцією -- уроартрити (інфекція хламідій, мікоплазма, уреоплазма, тощо). Ця форма артритів переважно характерна для молодих чоловіків. Клініка складається із симптомів ураження сечостатевих органів і артриту.

Характерно ураження суглобів ніг колінних, гомілковоступневих, пальців стопи з сосископодібною дефігурацією, періартрити, періостити у п'ятковій ділянці. Процес має асиметричний, олігоартикулярний характер, нагадує картину "неповного Рейтера", але уроартрити можуть супроводжуватись екстраартикулярними проявами, що складає картину повної хвороби Рейтера.

За перебігом: гострі, хронічні, рецидивні.

III. Реактивні артрити після носоглоткової інфекції -- виникають на фоні чи через 1–4 тижні після перенесеної інфекції, частіше стрептококової. Можливе гостре, підгостре запалення суглобів, біль, опухання, почервоніння, підвищення місцевої температури. Характерно залучення у процес переважно середніх та великих суглобів; моно-, олігоартрит, асиметричне ураження суглобів, відсутність летючості суглобового ураження.

Запалення суглобів зберігається 3–6 тижнів, характеризується доброякісним перебігом.



ШОЕ прискорена, підвищені титри протистрептококових антитіл.

### **Діагностичні критерії реактивних артритів:**

- дослідження синовіальної рідини — число лейкоцитів; знаходження кристалів;
- виділення з копрокультури ієрсиній; сальмонел; шігел; кампілобактерій;
- вивчення осаду сечі. Якщо виявляються симптоми уrogenітального запалення — наявність хламідій, гонококів;
- посів із зівя;
- посів крові;
- визначення сироваткових антитіл до ієрсиній, сальмонел кампілобактерій, хламідій;
- ревматоїдний фактор;
- антинуклеарні антитіла;
- інші показники крові: ШОЕ, С-реактивний білок, антиген вірусу гепатиту В; підвищений рівень сечової кислоти.

### **Лікування реактивного артриту**

1. Етіотропна терапія:
  - антибіотики з урахуванням інфекційного фактора та його чутливості.
2. *Нестероїдні протизапальні засоби:*
  - селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід, целекосиб, рофекосиб);
  - диклофенак по 150 мг на добу;
  - індометацин (метіндол) по 150 мг на добу.
3. *Глюкокортикостероїди* (за показами у випадках важкого перебігу):
  - преднізолон 20–40 мг на добу;
  - депо-медрол, дипроспан, гідрокортизон внутрішньосуглобово.
4. *Базисні препарати* (при хронізації артриту):
  - сульфасалазин по 2 г на добу протягом декількох місяців.
5. *Еубіотики* (при вираженому дисбактеріозі):
  - біфідумбактерин;
  - біфікол.

## АРТРИТИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФЕКЦІЄЮ

До цієї групи артритів належать хвороби суглобів, при яких чітко простежується зв'язок розвитку суглобового синдрому з інфекційним агентом. Їх поділяють на інфекційні і реактивні артрити.

Суглоби інфікуються при надходженні інфекції із вогнища гематогенним шляхом.

Значно рідше може спостерігатися пряме попадання мікроорганізмів у суглоб з медичними інструментами або при травмі.

Вся група інфекційних артритів поділяється на:

- 1) бактеріальні (стафілококові, гонококові, бруцельозні, спірохетозні-сифілітичні, мікробактеріально-туберкульозні);
- 2) вірусні;
- 3) грибкові;
- 4) паразитарні.

При підозрі на інфекційний артрит потрібна пункція суглоба з лікувальною і діагностичною метою. При дослідженні синовіальної рідини виявляється велика кількість лейкоцитів з перевагою нейтрофілів, рідина мутна, в'язкість знижена, муциновий згусток пухкий. Обов'язкові посіви із носоглотки, харкотиння, сечі, калу для виявлення вогнища інфекції.

### Діагностичні критерії:

- гострий початок, швидкопрогресуюче запалення суглоба;
- тяжкий загальний стан з ознобами, гектичного типу температура, зміни крові і в синовіальній рідині;
- рентгенологічні дані — епіфізарний остеопороз і звуження суглобової щілини.

При пізній діагностиці виявляють деструктивні зміни не тільки хряща, але і кісткового остову суглоба. Для діагностики процесу в кульшовому, плечових, суглобах хребта використовуються радіоізотопне дослідження.

Диференціювати необхідно з травматичним артритом, атакою подагри, ревматизмом, ревматоїдним артритом.

До цієї групи належать: гонококовий та туберкульозний артрит, лаймська хвороба, хвороба Уіпла, вірусні артрити (вірусні гепатити, грип, краснуха, кір, епідемічний паротит, тощо).

## ХВОРОБА (СИНДРОМ) РЕЙТЕРА

*Хвороба Рейтера* (синдром Рейтера, синдром Фіссенже-Леруа, уретроокуло-синовіальний синдром) — запальний процес, який розвивається переважно у тісному хронологічному зв'язку з інфекціями сечостатевого тракту або кишечника і проявляється класично — уретритом, кон'юнктивітом, артритом.

### Діагностичні критерії:

- наявність хронологічного зв'язку між сечостатевою або кишковою інфекцією і розвитком симптомів артрити або кон'юнктивіту;
- молодий вік хворих (до 40 років);
- гострий несиметричний артрит, переважно суглобів ніг (особливо суглобів пальців стопи) з екзопатіями або п'яточним бурситом;
- ознаки запального процесу у сечостатевоу тракті і виявлення хламідій у епітелію уретри;
- ураження слизових оболонок порожнини рота (неболючі виразки) і шкіри (кератодермія);
- носійство HLA 27.

За перебігом буває гострим, затяжним, рецидивним, хронічним, повний і неповний варіант (коли немає одного чи двох симитомів із тріади), ураження внутрішніх органів.

### Рентгенологічні ознаки:

I ст. — навколосуглобовий чи дифузний остеопороз, асиметричний з ерозіями суглобових поверхонь, особливо великих пальців стопи і плюснофалангових суглобів.

II ст. — формування кісткових шипів — остеофіти у ділянці п'ят, клубових кісток, сідничних горбів.

Ураження клубово-крижових з'єднань проявляється звичайним, але одиобічним процесом. При ураженні хребта

можливе формування грубих асиметричних і обмежених паракребових осифікатів, звичайно незначних. Часто періостит виявляють у ділянці п'яточних кісток. Інколи п'яточні шпори можуть бути єдиними рентгенологічними ознаками. Диференційну діагностику хвороби Рейтера необхідно проводити з периферійною формою анкілозуючого спондилоартриту, псоріатичним артритом.

#### **Приклади формулювання діагнозів:**

Хвороба (синдром) Рейтера, повний (неповний) варіант, ураження шкіри, слизових оболонок внутрішніх органів, їх функціональна недостатність, перебіг (гострий, рецидивний, хронічний, затяжний), активність (I–III), рентгенологічна стадія (I–III); для артрити вказують функціональну недостатність суглобів.

Хвороба Рейтера, олігоартрит, ахілоденія, неспецифічний уретрит, сакроілеїт, II стадія, активність I ст., ФНС I ст.

Неповний варіант синдрому Рейтера: неспецифічний уретрит, артрит з переважним ураженням правого колінного, гомілково-ступневого суглоба, активність III ст., ФНС II ст.

Хвороба Рейтера: артрит з ураженням колінних, гомілковоступневих суглобів, гіперостоз п'яточних кісток, односторонній сакроілеїт, активність I ступеня, ФНС II ст.

#### **Лікування хвороби Рейтера**

*1. Лікування хламідійного артрити (застосування антибіотиків і фторхінолонів протягом 2–3 і більше місяців):*

Етіологічне лікування включає антибактеріальну терапію — антибіотики, які слід призначати як можна раніше у першу (ранню, інфекційну) стадію до 3 місяців від початку захворювання. Якщо у цій стадії не провести антибактеріальну терапію, у хворого розвивається наступна — іму-

нна стадія, коли хламідії вже виконали свою функцію “цускового механізму”, тому призначення антибіотиків уже не впливає на характер патологічного процесу.

Призначають антибіотики тетрациклінового ряду:

- тетрациклін 1,2–2 г на добу (5–6 прийомів);
- метацикліна гідрахлорид 0,3 г — 2–4 рази на добу;
- доксацикліна гідрахлорид (вібраміцин) 0,1 г 1–2 рази на добу. Тривалість лікування 4 тижні, при торпідному перебігу — лікування продовжують до 1,5–2 місяців.

Можна використовувати макроліди: еритроміцин 0,25–0,5 г х 4 р. в день за 1–1,5 години до їжі, ерициклін по 0,25–0,5 г в капсулах 4 рази на день за 1–1,5 години до їжі, сумамед по 1–2 г 2 рази на добу.

При ієрсиніозній інфекції призначають гентаміцин по 0,08 г (2 мл 4% розчину) 3 рази на добу внутрішньом'язово; при сальмонельозі і шигельозі — левоміцетин.

Найбільш ефективними при хворобі Рейтера є препарати фторхінолонів: максаквін по 400–800 мг 1–2 рази на день; ципробай всередину по 500 мг х 2 рази на добу або внутрішньовенно крапельно по 200 мг 2 рази на день; абактал всередину по 400 мг х 2 рази на день, або внутрішньовенно крапельно по 400 мг 2 рази на день.

Лікування антибіотиками слід проводити протягом 1,5–4 місяців (А.П.Мешков, 1994). Лікування антибіотиками проводять з обов'язковим призначенням протикандидомікозних препаратів.

## *2. Нестероїдні протизапальні засоби:*

- селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід, целекосиб, рофекосиб);
- диклофенак по 150 мг на добу;
- індометацин (метіндол) по 150 мг на добу.

НПЗЗ застосовують у комплексному лікуванні хвороби Рейтера для лікування (усунення) артриту. Досить ефективним є поєднання НПЗЗ з рефлексотерапією.

*3. Глюкокортикостероїди:*

а) внутрішньосуглобово:

- кеналог 0,1–40 мг залежно від розміру суглоба;
- депо-медрол 0,1–40 мг залежно від розміру суглоба;
- гідрокортизон 0,2–125 мг залежно від розміру суглоба.

б) всередину або парентерально:

- преднізолон 20–40 мг.

Глюкокортикостероїди використовують при тяжкому торпідному перебігу хвороби Рейтера. У цих випадках застосовують внутрішньосуглобове введення 1 раз на 2 тижень, кількість внутрішньосуглобових введень не повинна перевищувати 4–5 ін'єкцій протягом року. Для системного застосування преднізолону необхідна наявність вісцеральних проявів.

*4. Базисні препарати:* з базисних препаратів, які використовують для лікування, призначають делагіл по 0,25 г, плаквеніл по 0,2–0,4 г на добу протягом року під контролем аналізу крові і стану очного дна. Окремим хворим при тяжкому перебігу можливим є призначення імунодепресантів — метатрексату по 5 мг в день протягом 5 днів з 5 денною перервою (всього 3–4 курси). Лікування імунодепресантами проводять на фоні антибіотикотерапії.

*5. Препарати золота:* призначають при лікуванні торпідних форм з тяжким перебігом.

*6. Сульфаніламід:* хворим постентероколітичною формою хвороби Рейтера доцільно призначати сульфосалазин або салазопіридазин у дозі 1,5–2 г на добу.

*7. Місцеве лікування* залежить від стадії процесу.

У першу стадію основним методом лікування хронічного простатиту і везикуліту є лікувальний масаж простати. Курс лікування 12–15 масажів.

У другу стадію масаж повинен проводитись досить обережно, оскільки навіть незначний масаж інколи приводить до загострення процесу, тому потрібно проводити довготривалу спазмолітичну терапію (но-шпа, баралгін), а також призначати ректальні свічки з екстрактом беладони, мікроклізми з ромашкою, гарячі сидячі ванни. Свічки вводять 1 або 2 рази на день протягом 1–1,5 місяця. У цій стадії широко використовують фізіотерапію: сантиметрові хвилі за допомогою апарату “Луч-2” з ректальним випромінюванням (12–15 процедур через день, чередуючи з масажем простати), індуктотермію, діодинамічні струми, рефлексотерапію (голковколювання, лазерну акупунктуру). Рекомендують аплікації парафіну чи озокериту.

Для лікування уретриту застосовують інстиляції 0,5% розчину нітрату срібла або 2% розчину протарголу (5–7 інстиляцій через 1–2 дні).

1. Лікувальна фізкультура
2. Фізіотерапевтичне лікування.

## ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

*Псоріатичний артрит* — самостійна нозологічна форма хронічного запального ураження суглобів, що розвивається у хворих на псоріаз.

### Діагностичні критерії і критерії виключення псоріатичного артриту:

- псоріатична висипка на шкірі +5
- псоріаз нігтьових пластинок +2
- псоріаз шкіри у близьких родичів +1
- артрит дистальних міжфалангових суглобів пальців кисті +5
- артрит трьох суглобів одного і того ж пальця кисті +5
- різнонаправлені підвивихи пальців рук +4
- асиметричний хронічний артрит +2
- багряно-синюшне забарвлення шкіри над ураженими суглобами з слабкою пальпаторною болючістю +5
- сосископодібна дефігурація пальців ступні +3
- паралелізм перебігу шкірного і суглобового синдромів +4
- біль і вранішня скутість у будь-якому відділі хребта, що зберігається протягом 3 місяців і більше +1
- серонегативність по ревматоїдному фактору +2
- акральний остеоліз +5
- анкілоз дистальних міжфалангових суглобів кистей і/або плюснефалангових суглобів +5
- рентгенологічні ознаки визначеного сакроілеїту +2
- сіндесмофіти або паравертебральні оссифікати +4

### Критерії виключення:

- відсутність псоріазу -5
- серопозитивність по ревматоїдному фактору -5
- ревматоїдні вузлики -5
- тофуси -5
- тісний зв'язок суглобового синдрому з кишковою або урогенітальною інфекцією -2

При сумі балів 16 і більше — встановлюють діагноз псоріатичного артриту, 11-15 балів — діагноз цілком віро-



гідний, 8–10 балів — імовірний, 7 і менше балів — діагноз подагри заперечується.

### Приклади формулювання діагнозу:

Псоріатичний артрит, важка форма, поліартритичний варіант з системними проявами (амілоїдоз нирок, термінальна ниркова недостатність). Розповсюджений вульгарний псоріаз, прогресуюча стадія. Активність максимальна. Стадія III. Функціональна недостатність II ст. (ФН II).

Псоріатичний артрит, важка форма, спонділоартричний варіант з системними проявами (аортит, лівобічний передній увейт). Долонево-підшовний пустульозний псоріаз, прогресуюча стадія. Активність максимальна. Стадія II Б. Двобічний сакроілеїт IV стадії, численний синдесмофітоз. Функціональна недостатність III ст.

Псоріатичний артрит, звичайна форма, дистальний варіант, без системних проявів. Обмежений вульгарний псоріаз, стаціонарна стадія. Активність помірна. Стадія III. Функціональна недостатність I ст.

### Класифікація псоріатичного артриту

| Клінічна форма  | Клініко-анатомічний варіант суглобового синдрому | Системні прояви   |
|---|--|---|
| 1. Важка  | 1. Дистальний                                    | А. Без системних проявів  |
| 2. Звичайна   | 2.Mono-, олігоартричний                          | Б. 3 системними проявами: *трофічні порушення; *генералізована аміотрофія; *поліаденія; *кардит; *вади серця; *неспецифічний реактивний гепатит; *цироз печінки; *амілоїдоз внутрішніх органів, шкіри та суглобів; *дифузний гломерулонефрит; *ураження очей; *неспецифічний уретрит; *поліневрит; *синдром Рейно |
| 3. Злоякісна  | 3. Поліартричний                                 |   |
| 4. ПА разом з: дифузними хворобами сполучної тканини, ревматизмом, хворобою Рейтера, подагрою | 4. Остеолітичний                                 |   |
|   | 5. Спонділоартричний                             |   |

### Класифікація псоріатичного артриту (продовження)

| Характер і стадія псоріазу   | Фаза та ступінь активності | Рентгенологічна характеристика  | Функціональна здатність                              |
|--|----------------------------|---|--|
| <b>А. Характер</b>   | <b>А. Активність</b>       | <b>А. Периферійні та "кореневі"</b>   | <b>А. Збережена</b>                                  |
| <b>1. Вульгарний вогнищевий, розповсюджений</b>  | <b>1. Мінімальна</b>       | <b>1. Навколосуглобовий остеопороз</b>  |  |
| <b>2. Ексудативний</b>   | <b>2. Помірна</b>          | <b>II. А. Те ж + звуження суглобової щілини, кистоподібні просвітлення кісткової тканини.<br/>II Б. Те ж + поодинокі поверхневі узурі</b> |  |
| <b>3. Антиповний: пустульозний, еритродермічний, рубіодний (з особливо вираженим гіперкератозом)</b> | <b>3. Максимальна</b>      | <b>III. Те ж + численні узурі</b>   |  |
| <b>Б. Стадія</b>   | <b>Б. Ремісія</b>          | <b>Б. Куприково-клубові суглоби.</b>  | <b>Б. Порушена</b>                                   |
| <b>1. Прогресуюча</b>  |                            | <b>I. Нечіткість суглобової щілини, слабо виражений остеопороз</b>  | <b>I. Професійна здатність збережена</b>             |
| <b>2. Стаціонарна</b>  |                            | <b>II. Звуження або розширення суглобової щілини, субхондральний остеосклероз.</b>  | <b>II. Професійна здатність втрачена</b>             |
| <b>3. Регресуюча</b>   |                            | <b>III. Те ж + часткове анкілозування<br/>IV. Те ж + повний анкілоз</b>   | <b>III. Втрачена здатність до самообслуговування</b> |
| <b>В. Псоріаз нігтів</b>   |                            | <b>В. Анкілозуючий спонділоартрит з:<br/>А) синдесмофітами або параспінальними осифікатами<br/>Б) анкілозами міжхребцевих суглобів</b>    |  |

### Лікування псоріатичного артриту

**1. Глюкокортикостероїди** внутрішньосуглобово 3–6 ін'єкцій:

- депо-медрол 20–40 мг залежно від розміру суглоба;
- гідрокортизон 50–125 мг залежно від розміру суглоба;
- кеналог 20–40 мг залежно від розміру суглоба.

2. *Нестероїдні протизапальні засоби* протягом тривалого проміжку часу:

- селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід, целекосиб);
- диклофенак (вольтарен, наклофен, ортофен) 150–200 мг на добу;
- піроксикам 20–30 мг на добу.

3. *Базисні препарати* (при поліартикулярній та ревматоїдоподібній формах):

- препарати золота (тауредон);
- сульфасаліцилові препарати (сульфасалазин 2 г на добу);
- цитостатики (метотрексат 10–15 мг на тиждень, при злоякісній формі до 25 мг на тиждень);
- системна ензимотерапія (вобензим 5 табл. 3 рази на день, потім 3 табл. 3 рази на день, флогензим 2 табл. 3 рази на добу).

4. *Еферентні методи*:

- плазмаферез.

## РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Ревматоїдний артрит* — це хронічний, прогресуючий, симетричний полісиновіт, що спричиняє поступову деструкцію суглобів у поєднанні з продукцією антитіл до IgG, а у ряді випадків — з характерними позасуглобовими ураженнями.

### Діагностичні критерії ревматоїдного артриту (переглянуті АРА, 1987):

- ранкова скутість суглобів до години;
- артрит 3 і більше суглобових зон (набряк або випіт не менше, ніж у 3 суглобах, встановлений лікарем);
- артрит суглобів кистей (набряк не менше однієї суглобової зони зап'ястя, п'ястно-фалангових, проксимальних міжфалангових суглобів);
- симетричність ураження суглобів (одномоментне ураження однакових суглобових зон на обох половинах тіла);
- ревматоїдні вузлики (підшкірні вузлики, що локалізуються на виступаючих ділянках тіла або розгинальних поверхнях);
- наявність РФ у сироватці крові;
- рентгенологічні зміни (типові для ревматоїдного артриту у кистях і стопах, що включають ерозії або безсумнівну кісткову декальцифікацію, що локалізується або найбільш виражена в уражених суглобах).

### Приклади формулювання діагнозів:

Ревматоїдний артрит: поліартрит (моноартрит, олігоартрит), серонегативний чи серопозитивний, активність I–IV; ФН I–III ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит, серопозитивний, II ст. активності, повільно-прогресуючий перебіг, II стадія, ФН II ст.

Ревматоїдний артрит: олігоартрит колінних суглобів, серонегативний чи серопозитивний, акт I–IV, стадія I–IV без помірного прогресування (швидко, повільно прогресуючий перебіг) ФН I–II ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит з системними проявами (ревматоїдний полі-серозит, псевдосептичний синдром, лімфоденопатія), серонегативний чи серопозитивний (можливо писати “з наявн. РФ, чи без нього”), швидко прогресуючий (повільно) перебіг, стадія I–IV, ФН I–III ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит (моно, оліго), серопозитивний чи серонегативний, ремісія, ст. I–IV ФН I–III ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит, з ураженням серця (нирок, печінки, нервової системи, тощо), серопозитивний чи серонегативний, активність I–IV ст. стадія I–IV, швидко (повільно) прогресуючий перебіг. ФН I–III ст.

Ревматоїдний артрит з ураженням серця (кардит, недостатність мітрального клапана, стеноз лівого аоріоventрикулярного отвору, II ст.); серопозитивний, активність II ступеня, стадія III, повільно-прогресуючий перебіг, ФН I ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит (моно, олігоартрит) у поєднанні з деформуючим остеоартрозом (ревматизмом, ДЗСТ), серонегативний чи серопозитивний, активність I–IV ст., стадія I–IV, швидко (повільно) прогресуючий перебіг, ФН I–III ст.

Ревматоїдний артрит: поліартрит, серопозитивний, ремісія, повільно-прогресуючий перебіг, стадія IV, ФН III ст.

Ревматоїдний артрит із системними проявами (лихоманка, гепатит, міокардит): серопозитивний, активність III ступеня, стадія II, повільно-прогресуючий перебіг, ФН II ст.

#### Робоча класифікація ревматоїдного артриту

| Клініко-анатомічна характеристика   | Клініко-імунологічна характеристика | Перебіг              | Ступінь активності | Рентгенологічна стадія артриту                                      | Функціональна здатність хворого          |
|---|-------------------------------------|----------------------|--------------------|---|--|
| Ревматоїдний артрит, поліартрит, олігоартрит, моноартрит  | Серопозитивний                      | Повільнопрогресуючий | Ремісія            | Наволосуглобовий остеопороз   | Збережена                                |
| Ревматоїдний артрит з ураженням системи мононуклеарних фагоцитів, серозних оболонки легень, серця, судин, очей, нирок, нервової системи, амілоїдозом органів, включаючи особливі синдроми (псевдосептичні, синдром Фелті) | Серонегативний                      | Швидкопрогресуючий   | Мінімальна         | Остеопороз, звуження суглобової щілини, можуть бути поодинокі узури | Порушена професійна працездатність       |
| Ревматоїдний артрит в сполученні з деформуючим остеопорозом, дифузними хворобами сполучної тканини та ревматизмом   |                                     | Повільнопрогресуючий | Середня            | Остеопороз, звуження суглобів щілини, численні узури.               | Збережена професійна працездатність      |
| Ювенільний артрит, включаючи хворобу Стілла   |                                     |                      | Висока             | Теж ж + кісткові анкілози   | Втрачена здатність до самообслуговування |

## Диференційний діагноз ревматоїдного артриту

| СИМПТОМИ  | Ревматоїдний артрит                             | Системний червоний вовчак | Серонегативний спонділоартрит    | Остеоартроз                     | Ревматизм гострий   | Дерматомиозит, і поліміозит | Системна склеродермія | Системний васкуліт | Кристалічний артрит | Інфекційний артрит |
|---|---|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| 1   | 2   | 3                         | 4                                | 5                               | 6                   | 7                           | 8                     | 9                  | 10                  | 11                 |
| 1. Артралгії  | ++++  | +++                       | +++                              | ++++                            | ++++                | ++                          | ++                    | ++                 | ++++                | ++++               |
| 2. Міальгії   | ++  | ++                        | ++                               | +                               | +                   | +++                         | ++                    | +++                | ----                | ++                 |
| 3. Ранкова скутість   | +++   | +++                       | +++                              | + (коротко-часно)               |                     | +                           | +                     | +                  |                     |                    |
| 4. Слабкість  | ++  | ++                        | +                                |                                 | +                   | +++                         | ++                    | +                  |                     |                    |
| 5. Синовіти   | ++++  | +++                       | ++                               | +                               | +++                 | +                           | +                     | +                  | ++++                | ++++               |
| 6. Деформація   | +++   | +                         | +++                              | ++                              |                     |                             | ++                    |                    |                     | +                  |
| 7. Локалізація:<br>– кисті і ступні                               | +++<br>(крім дистальних міжфалангових суглобів) | +++                       | +                                | ++<br>(крім п'ястно-фалангових) | ++                  | +                           | +                     | +                  | +++                 | +                  |
| – проксимальні суглоби  | ++  | ++                        | ++                               | ++                              | +++                 | +                           | +                     | +                  | +++                 | +++                |
| – хребет і крижово-клубові суглоби                                | ++<br>(шия)                                     |                           | ++++                             | ++                              |                     |                             |                       |                    |                     | ++                 |
| 8. Характер артриту   | С,Г   | С,Г                       | С,Л                              | С,А,Л                           | С,Г                 | С,Г                         | С,Г                   | С,Г                | А,Л                 | А,Л                |
| 9. Підвищення температури тіла                                    | +++   | +++                       | +                                |                                 | +++                 | +++                         | ++                    | +++                | ++                  | ++                 |
| 10. Підшкірні вузлики   | ++  |                           |                                  |                                 | +-                  |                             |                       |                    | + тофуси            |                    |
| 11. Дерматологічна висипка  |   | +++                       | ++<br>(псоріатична, с-м Рейтера) |                                 | +                   | +-                          | +++                   | +++                |                     |                    |
| 12. Склеродактилія, васкуліт шкіри                                |   | +                         |                                  |                                 |                     | +-                          | +++<br>+-             | +++<br>+           |                     |                    |
| 13. Очі:<br>– кон'юнктивіт<br>– епісклерит<br>– склерит<br>– ірит |   |                           | +                                |                                 |                     |                             |                       | +                  |                     |                    |
| Оральні:<br>– ксеростомія<br>– стоматит                           | ++  | ++                        | +                                |                                 |                     |                             |                       |                    | +                   |                    |
| Кардіальні:<br>– перикардит<br>– міокардит<br>– ендокардит        | <br>+<br>+--<br>+--                             | <br>+<br>+<br>++          | <br>+<br>+<br>+                  |                                 | <br>+<br>+++<br>+++ | <br>+<br>++<br>++           | <br>+<br>+<br>+       | <br>+<br>+<br>+    | <br>+<br>+<br>+     |                    |

Примітка: зустрічається рідко +; порівняно нерідко ++; часто ++; дуже часто +++; постійно ++++; С — симетричний; А — асиметричний; Л — локалізований; Г — генералізований

## Диференційна діагностика уражень суглобів

| Ознака<br>1   | Зіхворювання<br>2   |
|---|---|
| <b>Характер болю:</b>   |   |
| 1. Постійний, як у спокої, так і при русі.  | Артрит  |
| 2. Такий, що виникає при визначених рухах суглобів (наприклад, пронації, тощо)  | Ураження періартикулярних тканин (УПТ)  |
| <b>Локалізація болю:</b>  |   |
| 1. Розлитий, по всій поверхні суглоба   | Артрит  |
| 2. Місцевий біль, хворий навіть може пальцем вказати точку максимуму болю   | УПТ   |
| <b>Співвідношення активних та пасивних рухів:</b>   |   |
| 1. Зменшення обсягу активних і пасивних рухів   | Артрит, рідко УПТ   |
| 2. Зменшення обсягу активних рухів, при збереженому обсязі пасивних   | УПТ   |
| <b>Характер припухлості суглобів:</b>   |   |
| 1. Визначається випіт у суглоб, потовщення синовіальної оболонки.   | Артрит  |
| 2. Зв'язок синовіального припухання з синовіальними вагінами.   | УПТ   |
| <b>Темпи розвитку суглобового ураження:</b>   |   |
| 1. Досягає максимуму вираженості болю протягом декількох годин.   | Подагра, псевдоподагра, ревматичний артрит, псоріатична атрофія   |
| 2. Поступове наростання у суглобах (протягом тижнів, місяців)   | РА, СЧВ, остеоартроз, псоріатична артропатія  |
| <b>Число втягнутих в процес суглобів:</b>   |   |
| 1. Моно-, олигоартрит   | Подагра, псевдоподагра, хвороба Рейтера, РА, СЧВ, псоріатична артропатія, гіпертрофічна остеоартропатія |
| 2. Поліартрит   |   |
| <b>Перебіг хвороби:</b>   |   |
| 1. Рецидивуючий   | Подагра, псевдоподагра, ревматичний артрит, хвороба Стілла, Рейтера, РА                                 |
| 2. Постійний  | РА, СЧВ, гіпертрофічна остеоартропатія  |
| <b>Локалізація суглобового ураження:</b>  |   |
| 1. Симетричний артрит проксимальних міжфалангових, плібно-фалангових суглобів кисті, дрібних суглобів стопи.  | РА, СЧВ   |
| 2. Веретеноподібна дефігурація пальців, дистальних міжфалангових суглобів кисті. Різноосьові підвихи; артрит всіх суглобів одного пальця кисті ("ковбасоподібний папеець"). | Псоріатична артропатія  |
| 3. Ураження дистальних міжфалангових суглобів кисті через кісткові розростання (вузлики Гебердена).   | Остеоартроз   |
| 4. Ураження міжфалангових проксимальних суглобів через кісткові розростання (вузлики Бушара).   | ОА  |
| 5. Ураження дистальних фаланг пальців кисті ("годинникові скельця").  | Гіпертрофічна остеоартропатія   |
| 6. Асиметричне ураження суглобів ніг ("драбинчастий артрит")  | Хвороба Рейтера   |
| 7. Ураження кульшостегневих суглобів ("ювенільний артрит")  | АС  |
| 8. Ураження крижово-клубового з'єднання, хребта   | АС, хвороба Рейтера, псоріатична артропатія   |

| 1  | 2  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Ураження шкіри</b></p> <p>1. Псоріатичні бляшки на ліктях, волосистій частині голови.</p> <p>2. Підшкірні ревматоїдні вузлики на ліктях та потилиці, блідо-рожевий висип на шкірі тулуба, особливо яскравий при лихоманці.</p> <p>3. Еритема на обличчі у вигляді "метелика"</p> <p>4. Васкуліти кінчиків пальців.</p> <p>5. Ущільнення шкіри, ділянки гіперпігментації.</p> <p>6. Кератодермія.</p> <p>7. Білуваті вузлики (тофуси) на вушних раковинах, ліктях.</p> <p>8. Ліловий набряк повік, ліловий висип на тулубі.</p> <p>9. Побіління кінців пальців при дії холоду.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ураження слизових оболонок:</b></p> <p>1. Сухість очей, ротової порожнини</p> <p>2. Пекота при сечовипусканні, уретрит, баланіт</p> <p style="text-align: center;"><b>Ураження очей:</b></p> <p>1. Кон'юнктивіт</p> <p>2. Ірит, іридоцикліт.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ураження лімфовузлів, печінки, селезінки:</b></p> <p>1. Лімфоаденопатія.</p> <p>2. Спленомегалія</p> <p>3. Гепатомегалія</p> <p style="text-align: center;"><b>Ураження серця:</b></p> <p>1. Вада</p> <p>2. Перикардит</p> <p>3. Міокардит</p> <p style="text-align: center;"><b>Ураження легень:</b></p> <p>1. Плеврит</p> <p>2. Пневмоніт</p> <p style="text-align: center;"><b>Міальгії:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Рентгенологічні ознаки:</b></p> <p>1. Крайові кісткові ерозії епіфізів</p> <p>2. Остеоліз дистальних фаланг пальців, періостит, різномовні підвивихи.</p> <p>3. Підхрящовий остеопороз, остеофітоз, ущільнення суглобової поверхні.</p> <p>4. Деструктивний артроз, симптоми "пробійника" у I плюсне-фаланговому суглобі.</p> <p>5. Кальцифікація хрящів суглобів.</p> <p>6. Сакроіліїт, кальцифікація зв'язок хребта</p> <p>7. Паравентрально осифікація</p> <p>8. Періостит трубчастих кісток</p> | <p>Псоріатична артропатія</p> <p>РА, хвороба Стілла</p> <p>СЧВ</p> <p>РА, СЧВ</p> <p>ССД</p> <p>Хвороба Рейтера</p> <p>Подагра</p> <p>Дерматоміозит</p> <p>ССД, СЧВ, РА</p> <p>Синдром (хвороба Шегрена)</p> <p>Хвороба Рейтера</p> <p>СЧВ</p> <p>ВПА, СЧВ, РА</p> <p>СЧВ, хвороба Стілла, РА</p> <p>Синдром Фелті, хвороба Стілла, РА</p> <p>Синдром Фелті, хвороба Стілла</p> <p>Ревматична лихоманка</p> <p>СЧВ, РА, хвороба Стілла</p> <p>СЧВ, РА, хвороба Стілла</p> <p>СЧВ, РА</p> <p>СЧВ, РА, хвороба Стілла</p> <p>СЧВ, РА, хвороба Стілла, дерматоміозит</p> <p>РА</p> <p>Псоріатична артропатія</p> <p>ОА</p> <p>Подагра</p> <p>Псевдоподагра</p> <p>АС</p> <p>Псоріатична артропатія</p> <p>Гіпертрофічна остеоартропатія</p> |



**Диференційно-діагностичні ознаки  
запальних захворювань суглобів**

| Ознака     | Псоріатичний артрит                          | Ревматоїдний артрит            | Анкилозуючий спонділоартрит (хвороба Бехтерева) | Хвороба Рейтера      | Подагричний артрит |
|------------|--|--------------------------------|---|----------------------|--------------------|
| Стать      | Чоловіки і жінки однаково часто              | Переважають жінки (75%)        | Переважають чоловіки (90%)                      | Переважають чоловіки | 99% чоловіки       |
| Вік (роки) | 20–45  | 10–50                          | 15–40   | 20–30                | 40–60              |
| Початок    | Повільний                                    | Гострий, підгострий, хронічний | Повільний                                       | Гострий              | Гострий            |
| Перебіг    | Повільно прогресуючий (крім важких випадків) | Швидко прогресуючий            | Повільно прогресуючий                           | Рецидивуючий         | Рецидивуючий       |

**Лікування ревматоїдного артриту**

Терапія ревматоїдного артриту повинна бути досить продуманою для кожного хворого залежно від стадії, активності процесу, характеру і ефективності попереднього лікування, а також наявності або відсутності системної базисної терапії.

В останні роки завдяки з'ясуванню нових ланок патогенезу РА, розширенню арсеналу лікарських препаратів досягнуті значні успіхи у лікуванні хворих на РА.

Відкриття молекулярної біології і генетики сприяють новим напрямкам лікування, зокрема:

- одержання моноклональних антитіл (МКАТ) до рецепторів Т- і В-лімфоцитів антигенпрезентуючих клітин;
- МКАТ до молекул адгезії CD18 і CD54, МКАТ до цитокінів;
- пошук і можливість використання природних інгібіторів цитокінів, використання цитокінів (Балабанова Р.М., 1996);
- використання цитокінів з протизапальними властивостями, у тому числі, рекомбінантних інтерферонів (ІФН) (Кузміна Н.Н. та ін., 1991).

Розпочинаючи з 1991 року, під егідою ВООЗ і Міжнародної ліги по боротьбі із ревматичними захворюваннями,

всі протиревматоїдні препарати розподіляються на дві основні категорії:

1. Модифікуючі симптоми хвороби (НПЗЗ, глюкокортикостероїди і повільнодіючі препарати: антималярійні, солі золота, Д-пеніциламін, антиметаболіти, цитотоксичні засоби);
2. Контролюючі хворобу.

Антипатогенна терапія включає препарати (або їх комплекс), які діють на місцевий процес, інфекцію, нормалізують стан імунікомпетентної системи, систему детоксикації і т.п.

Просаногенна терапія — спрямована на підвищення активності противірусного і антибактеріального захисту, нормалізацію білкового та інших видів обміну.

Прокомпенсаторна терапія — включає лікарську або ортопедичну реабілітацію хворих.

Базисні препарати, як вважає більшість ревматологів, все-таки можуть бути віднесені до препаратів “модифікуючих хворобу”. До них відносять препарати амінохінолінового ряду, солі золота, пеніциламіни, цитостатичні імунодепресанти (метатрексат, циклофосфамід, азатіоприн, циклоспорин А та ін.)

Останнім часом переважна більшість ревматологів відмовляються від «пірамідного» принципу призначення препаратів. Основу “піраміди” складають НПЗЗ, глюкокортикостероїди, які мають виражений протизапальний і анальгезуючий ефект, покращуючи якість життя, але не впливаючи на перебіг хвороби у цілому.

Доведено, що малі дози гормональних препаратів (7,5–15 мг) запобігають деструкції кісткової тканини. Є дані, що призначення малих доз викликає більшу деструкцію, ніж призначення великих доз. Так як колагенутворення при ревматоїдному артриті збільшено, то і схильність хворих на РА до деформацій суглобів і їх анкілозування збільшена.

Ступінь пригнічення ГК колагенутворення залежить не від дози, а від перебігу захворювання.

Фармакологічною групою ліків, які найчастіше призначають хворим на РА є НПЗЗ, однак їх довготривалий

прийом обмежується побічними ефектами і, перш за все, несприятливим впливом на слизову оболонку гастродуоденальної зони з розвитком НПЗЗ-гастропатій.

Великим внеском у розвиток патогенетичної терапії РА є відкриття нових лікувальних ефектів НПЗЗ, не пов'язаних з їх антипростагландиною дією, а обумовлених здатністю інгібувати синтез глікозаміногліканів, вміщуватися у процеси переокисного окислення ліпідів, гальмувати адгезію нейтрофілів. Ці ефекти реалізуються при призначенні хворим великих доз НПЗЗ, у 2-3 рази перевищуючих традиційні: флугаліну — 400 мг/добу (при стандартній 150–200 мг/добу), піроксикаму — до 60 мг (загальноприйнята доза 20 мг/добу) (Сигідін Я.А., 1994). Перспектива лікувальної дії у високих дозах вимагає розв'язання проблеми гастропатії. Шляхами подолання несприятливого впливу НПЗЗ є:

- застосування селективних інгібіторів ЦОГ-2 — мелаліса або мелоксикаму;
- вивчається можливість застосування неацетильованих саліцилітів, що здатні селективно пригнічувати біосинтез простагландинів в зоні запалення (долобід, дифлюмізал);
- впроваджуються нові лікарські препарати, подібні за механізмом дії до НПЗЗ, але здатні на ранній стадії РА сповільнювати прогресування процесу (за рентгенологічними даними). До таких препаратів відносяться тенідап, який інгібує активність як циклооксигенази так і ліпоксигенази, синтез фактору нефрозу пухлини і лефлуномід, який здатний пригнічувати лімфокінзалежну Т-клітинну проліферацію і активність ліпоксигеназ, але на відміну від тенідапу, не впливає на циклооксигеназу. Довготривалі клінічні випробування дозволяють визначити їх місце і доцільність у терапії РА.

З'явилися інші базисні препарати — міноциклін (антибіотик тетрациклінового ряду), який здатний інактивувати металопротеїнази синовіальної тканини, пригнічувати активність фосфоліпази і хемотаксис нейтрофілів. Цей препарат називають препаратом другої лінії (резерву), тоб-

то його призначають тоді, коли інші базисні препарати не ефективні.

Однак найбільш популярною є комбінована базисна терапія, яка впливає на різні ланки ревматоїдного запалення. Якщо ефект від протизапальної терапії протягом місяця відсутній, то призначають метотрексат, парентеральні препарати золота, ауранофін і плаквеніл (альтернативно можна використовувати азатіопрін, Д-пеніциламін, сульфасалазин). При одержанні ефекту через місяць відмінюють преднізолон, через 3 місяці — метотрексат, через 4 місяці — парентеральний препарат золота, а через 6 місяців — ауранофін. Плаквеніл рекомендовано приймати досить довго.

Гарна переносність і ефективність метотрексату робить можливим його широке застосування для лікування хворих на РА. Препарат призначають по 7,5 мг на тиждень, перші 3 дні по 2,5 мг 3 рази на добу, інтервали 12 год.

Протипоказаннями до призначення метотрексату є цитопенія, супутня інфекція, недостатність функції нирок.

Токсичний вплив цитостатиків значно зменшують при одночасному призначенні препарати системної снзимотерапії — вобензим, флогензим, особливо при високому ступені активності і швидкопрогресуючому перебігу.

З препаратів золота найбільш широко використовують тауредон або міокризин.

Препарат призначають один раз на тиждень внутрішньом'язово 10 мг, перший раз, другий раз 20 мг, а послідовно 50 мг. Покращення настає через 3–4 місяці. Якщо немає покращення, препарат потрібно відмінити. При покращенні інтервали введення збільшують до 14 днів або до 3-х тижнів.

Ауранофін (препарат золота) призначають при нетяжкому перебігу захворювання.

Протипоказаннями для призначення препаратів золота є захворювання нирок, печінки, гемоцитопенія і вагітність. При тяжкому перебігу призначають азатіопрін, циклоспорин А (сандіmun, неорал).

Азатіопрін призначають по 2–2,5 мг/кг маси тіла, у дозі не більш 150 мг в день.

Покращення настає через 3–4 тижні і тоді дозу знижують до підтримуючої — 100–75–50 мг/добу. Побічна дія — нудота, стоматит, гепатит, шкірна висипка, тромбоцитопенія, нейтропенія.

Циклоспорин А (неорал) — у дозі 10 мг/кг ваги забезпечує потенційний

довготривалий ефект, але викликає ряд побічних ефектів (зміни у нирках, стійку артеріальну гіпертензію).

При неможливості прийому препаратів золота і метотрексату хворими на РА з легким перебігом, можливе призначення Д-пеніциламіну або сульфасалазину (салазопіридазину).

Початкова доза Д-пеніциламіну — 300 мг. При відсутності ефекту дозу підвищують на 150 мг на місяць. Добова доза не повинна перевищувати 600 мг. Якщо ефекту проведеною терапією не досягають, препарат відмінюють. Оцінка ефекту проводиться через 16 тижнів від початку лікування.

Сульфасалазин і салазопіридазин — єдині препарати базисної терапії, спеціально розроблені для лікування РА. Ефект сульфасалазину реалізується за рахунок впливу на переміщення лімфоцитів у лімфоїдну тканину тонкої кишки, де він пригнічує активність Т- і В-лімфоцитів, а сироватковий рівень сульфасалазину пригнічує лише ефекти В-лімфоцитів. Ефективність його не поступається препаратам золота, Д-пеніциламіну і метотрексату. Призначають у дозі 1,5–2 г на день. Побічні прояви проявляються у вигляді нудоти, болю у животі, головного болю, головокружіння, шкірних висипів.

В останні роки у лікуванні РА комбінують салазопіридазин і метотрексат у стандартних дозах.

Особливе місце серед базисних препаратів займають препарати делагіл (хлорохін) і плаквеніл (гідроксихлорохін).

Амінохінолінові препарати у терапевтичних дозах забезпечують протизапальний, імуномодуючий, антимікробний, антипроліферативний, антиагрегантний, гіполіпідемічний, гіпоглікемічний, анальгетичний, а також багатобічні ефекти відносно клітинних імунних реакцій і синтезу

цитокінів, володіють здатністю стабілізувати мембрани лізосом і т.п. (Насонов Е.Л.,1996; Kang H.O.,1993). Сумарна оцінка дії амінохінолінових препаратів не поступається за ефективністю препаратам золота, ауранофіну, Д-пеніциламіну.

Терапевтична доза делагілу складає 0,25 г на день, плаквенілу — 2 г на добу.

Збільшення дози забезпечує більш виразний ефект, але знижує переносність препаратів.

Доцільною є комбінована терапія метотрексатом і амінохіноліновими препаратами.

Побічні явища при лікуванні делагілом чи плаквенілом включають диспептичні прояви, головний біль, головокружіння, схуднення, депігментацію волосся, зміни у сітківці, відкладання хлорохіну у рогівці ока.

Одним з методів імунотерапії, що застосовується при РА, є лікування імуноглобуліном, який вводиться внутрішньовенно чи внутрішньом'язово. Доза імуноглобуліну від 0,4 до 2 мл на кг/день протягом 4-5 днів із швидкістю внутрішньовенного введення по 0,5-1,0 мл/хв (10-20 крапель). При необхідності повторюють інфузії кожні 4 тижні. Вважають, що введення імуноглобуліну нормалізує регуляцію продукції нейтрофільних антитіл, антиідіопатичної активності до фактору VIII, пригнічує функцію В-лімфоцитів, інгібує активність  $C_3$ , знижує секрецію цитокінів. Внутрішньовенний ефект швидкий, але нестійкий, тому його необхідно підтримувати внутрішньом'язовим введенням імуноглобуліну (Tumiate et al.,1992).

Тяжкі вісцеральні прояви потребують інтенсивної терапії. Показанням до інтенсивної терапії є:

- максимальна активність процесу, що не піддається лікуванню "модифікуючими" хворобу препаратами;
- криоглобулінемія;
- синдром Фелті, синдром Стілла у дорослих;
- ревматоїдний васкуліт (дігитальний артеріїт, виразково-нефротичний васкуліт, васкуліт легень, мозку), полінейропатії, ексудативний перикардит, гепато- і спленомегалія, склерит; загальні симптоми (лихоманка, втрата маси тіла);

- необхідність купірувати тяжку побічну дію "модифікуючими" хворобу препаратами.

До методів інтенсивної терапії належать:

1. Пульс-терапія глюкокортикостероїдними препаратами, тобто короткочасне призначення надвисоких доз ГК (метилпреднізолону або солумедролу, а при їх відсутності — преднізолону. Зазвичай це 1 г ГК, введеного внутрішньовенно протягом 30–60 хвилин 1 раз на день протягом 3 діб (максимальна доза інфузій 1000 мг метил-преднізолону 3 рази через день). Ефективність полягає у можливості трансформувати тяжкий, високоактивний процес у менш активний, який має більш доброякісний перебіг. Повторювати пульс-терапію можливо через 1–3 місяці. Побічні реакції — гіперемія обличчя, транзиторні гіпертензії, серцебиття, остеонекроз, гикавка, гіперглікемія, затримка рідини, неврологічні симптоми, аритмія на фоні виражених електролітних порушень. У літературі описані смертельні випадки під час проведення пульс-терапії. Протипоказаннями для проведення пульс-терапії є важка гіпертензія, виразкова хвороба, інфекційні захворювання, діабет і ендогенні психози.

2. Болюсну терапію цитостатичними імунодепресантами застосовують хворим на РА досить рідко, особливо при лікуванні ревматоїдного васкуліту. Вводять циклофосфамід (1 г в/в). Введення метотрексату також ефективно у дозі 40 мг/тиждень протягом 3–8 тижнів.

3. Детоксикація. Методи екстракорпоральної терапії полягають у виведенні білкових компонентів, антитіл, аутоантитіл, ЦІК, парапротеїнів, цитокінів, компонентів комплементу. У результаті активується фагоцитоз, зменшується адгезивна і агрегаційна здатність формених елементів крові, що покращує функціонування системи мікроциркуляції, зміни складу і розмірів ЦІК, підвищується чутливість рецепторів до ГК, НПЗЗ, цитостатиків. Але, на думку В.О. Насонової, екстракорпоральні методи потребують подальшого вивчення.

4. Методи локальної терапії. Перевагами місцевої дії є:
- можливість цілеспрямовано вибирати концентрацію препарату;
  - покращення загальної переносності терапії;
  - зменшення побічної дії ліків.

Одним із методів локальної терапії є внутрішньосуглобове введення.

Внутрішньосуглобове введення глюкокортикостероїдів проводиться при:

- відсутності динаміки лікування НПЗЗ;
- початкових ознаках розвитку контрактур в уражених суглобах;
- втягуванні у процес більше 3 суглобів.

Для цього використовують такі препарати: суспензія гідрокортизону, кеналог, дексон, метіпред, депо-медрол, діпрофоз.

Ускладнення при введенні внутрішньосуглобово медикаментів:

- занесення інфекції у суглоб, розвиток інфекційного артрити;
- пошкодження внутрішньосуглобового хряща, катаболічний вплив на хрящ глюкокортикостероїдів;
- виникнення асептичних некрозів.

О.І.Лебедева (1994) підкреслює, що внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів треба проводити по можливості рідше.

Протипоказаннями для внутрішньосуглобового введення є:

- інфекція у самому суглобі або тканинах, або у навколишніх тканинах;
- різко виражена деформація;
- ураження кульшового суглобу;
- відсутність терапевтичного ефекту від даного методу лікування.

Можливе введення внутрішньосуглобово оротеїну (супероксиддесмутази) — ферменту супероксиддисмутази, який є антиоксидантом, що одержаний із печінки великої



рогатої худоби; являє собою металопротеїд (в його склад входять цинк, мідь). Випускається у вигляді порошку, який перед ін'єкцією розчиняють ізотонічним розчином.

Орготеїн вводять внутрішньосуглобово у колінні суглоби 8 мг 1 раз на тиждень, курс лікування 4–6 ін'єкцій.

У локальній терапії використовують мазі, гелі, аплікації, примочки. Для примочок, як провідний засіб, використовують димексид, який:

- проявляє швидкий місцевий протизапальний ефект, гарно переноситься і може призначатися довготривало;
- знижує рівень протизапальних простагландинів і пригнічує фагоцитоз;
- здатний глибоко проникати в тканини при зовнішньому застосуванні (димексид виявляють у порожнині суглоба, періартикулярних тканинах, м'язах);
- здатний проводити через непошкоджені тканини лікарські препарати (особливо низькомолекулярні), які також виявляються в порожнині суглоба;
- введений в суглоб разом з глюкокортикостероїдами підсилює їх лікувальний ефект;
- застосування місцево викликає також загальний протизапальний ефект, який здатний підсилювати ефекти других препаратів;
- володіє антифіброзною дією, що використовують для лікування контрактур.

Протипоказання:

- порушення функції печінки;
- катаракта;
- вагітність;
- індивідуальна непереносимість димексиду.

Можлива також локальна кріотерапія, голкотерапія, лікування бішофітом, застосування фізіотерапевтичних методів лікування, які повинні призначатися з урахуванням ступеня активності і стадії патологічного процесу, супутніх захворювань, загального стану і віку.

З успіхом застосовується лікувальна фізкультура, масаж. При неефективності проведеного лікування необхідно

використовувати ортопедичне лікування (Я.А.Кац, В.А. Митрофанов, 2000).

Сучасні стандарти передбачають таку схему проведення лікування:

*1. Нестероїдні протизапальні засоби:*

- селективні інгібітори ЦОГ-2 — мелоксикам (мова-ліс) 7,5–15 мг на добу, німесулід (німесіл) 100 мг 1–2 рази на добу, целекосиб (целебрекс) 200 мг 1–2 рази на добу, рофекосиб (рофіка);
- неселективні інгібітори ЦОГ-2: — диклофенак (ортофен, вольтарен, паклофен, диклоберл) 150 мг на добу.

*2. Базисні препарати:*

*а) селективні імуносупресивні препарати:*

- лефлуномід (арава) — насичуюча доза по 100 мг 1 раз на добу протягом перших 3-х днів, потім перехід на підтримуючу дозу по 20 мг на добу, у комбінації з базисними препаратами підтримуюча доза складас 10 мг на добу

*б) препарати золота:*

- тауредон (1-й тиждень — 10 мг одноразово, 2-й тиждень — 20 мг одноразово, 3-й тиждень — 50 мг одноразово, починаючи з 4-го тижня протягом 20 тижнів 1 раз в тиждень 50 мг, потім переходять на підтримуючу дозу 50 мг 1 раз в місяць до сумарної дози 3 г;
- ауранофін (рідаура) — добова доза 6 мг.

*в) цитостатики:*

- метотрексат 7,5 мг 1 раз на тиждень;
- азатіоприн (імуран) 100–150 мг на добу, підтримуюча доза 50 мг на добу;
- циклофосфамід 100–200 мг на добу, підтримуюча доза 50 мг на добу;
- хлорбутин (лейкеран) 2 мг 3–4 рази на добу.

*г) амінохінолінові препарати:*

- делагіл 0,25 г на добу
- плаквеніл 0,4 г на добу

*д) сульфаніламідні препарати:*

- сульфасалазин 2 г на добу

*е) циклоспорин А (сандімум)*

*ж) препарати ензимної терапії:*

- вобензим 5 таблеток 3 рази на день за 30–45 хв. до їжі, підтримуюча доза 3–5 таблеток 3 рази на добу

*3. Глюкокортикостероїди:*

- преднізолон 10–40 мг на добу;
- метилпреднізолон 1 г 1 раз на добу одноразово або три дні підряд (пульстерапія).

*4. Інтерферон:*

- реаферон 1 млн. МЕ через добу протягом місяця, потім 1–2 млн. 1 раз на тиждень протягом 3–6 місяців.

*5. Еферентні методи:*

- плазмаферез.

*6. Локальна терапія:*

- внутрішньосуглобове введення лікарських засобів — глюкокортикостероїдів (депомедролу, дипроспану, гідрокортизону), інгібіторів протеаз (контрикалу, трасилолу);
- застосування мазевих, гелевих форм на основі НПЗЗ — долгіт-крем (ібупрофен), ревмадор-гель (диклофенак), фастум-гель (кетопрофен), верал-гель (піроксикам);
- фізіотерапевтичні методи.

## ПОДАГРА

*Подагра* (греч. podos — нога, агра — захват, “нога в капкані” — хронічне захворювання, обумовлене порушеннями обміну пуринових основ, що виникають на фоні генетичної передумови і порушення харчового режиму і характеризується гіперурікемією, рецидивним перебігом гострого артрити і утворенням подагричних вузлів (тофусів).

### Класифікація:

Первинна (ідіопатична);

Вторинна (при гемобластозах, новоутвореннях, цирозі печінки, ендокринних захворюваннях і порушеннях обміну речовин, при прийомі медикаментів: діуретиків, цитостатиків, кортикостероїдів, саліцилатів).

Первинна гіперурікемія буває:

- метаболічна;
- ниркова;
- змішана.

Вторинна — частіше ниркова.

Подагричний артрит:

- моноартрит;
- олігоартрит;
- поліартрит.

Активні форми первинної подагричної атаки:

- а) ревматоїдна;
- б) псевдоревматоїдна;
- в) ревматичноподібна;
- г) астенична;
- д) періартритична (ураження сухожилля, бурс).

Ураження інших органів: нирки, фарингіти, ірити, іридоцикліти, кон'юнктивіти, напади мігрені, міозити, тендініти, тендовагініти.

Подагра у поєднанні:

- з ревматоїдним артритом;
- остеоартрозом;
- анкілозуючим артритом.

Перебіг:

- гострий (атака);

- підгострий;
- хронічний

1. Легка форма — атаки 1–2 рази в рік, протягом 2 тижнів, охоплює 2 суглоби. Деструктивних змін у суглобах не виявляють. Можливі поодинокі тофуси.

2. Середньо-важка форма — 3–5 рецидивів в рік, більше 2–4 суглобів. Рентгенологічно: ознаки кістково-суглобової деструкції, у хворих відмічаються ознаки нирковокам'яної хвороби, значна кількість тофусів.

3. Тяжка форма — 5–6 нападів на рік, з чисельними ураженнями суглобів, вираженою нефропатією. Рентгенологічно: виражені кістково-суглобові деструкції. Можливі зтяжні атаки до 1–2 місяців.

#### Критерії діагностики:

I. Вміст сечової кислоти в сироватці крові понад 0,42 ммоль/л у чоловіків і 0,36 ммоль/л у жінок.

II. Наявність тофусів.

III. Наявність кристалів сечокислового натрію у синовіальній рідині або в тканинах, виявлених при мікроскопічному чи хімічному дослідженні.

IV. Гострі атаки артриту з раптовим початком і повною клінічною ремісією протягом 1–2 тижнів.

#### Критерії Американської Ревматологічної Асоціації:

а) наявність характерних кристалічних уратів в суглобовій рідині;

б) тофуси, які містять кристалічні утрати;

в) наявність чотирьох з наступних ознак:

1. У анамнезі хворого одна чи дві атаки гострого артриту.

2. Запалення суглоба досягає максимуму вже у першу добу.

3. Почервоніння шкіри над ураженим суглобом.

4. Припухання і біль, що локалізується у першому плюсно-фаланговому суглобі.

5. Однобічне ураження суглоба, склепіння ступні.

6. Вузликові утворення, що нагадують тофуси.

7. Гіперурикемія.

8. Однобічне ураження першого плюсно-фалангового суглоба.

9. Асиметричне припухання ураженого суглоба.

10. На рентгенограмі виявляються субкортикальні кістки без ерозій.

11. Відсутня флора у суглобовій рідині.

### **Рентгенологічні стадії хронічного подагричного артриту:**

I — великі кістки (тофуси) у субхондральній кістці і в глибших шарах, інколи ущільнення м'яких тканин.

II — великі кістки біля суглоба і незначні ерозії на суглобових поверхнях; постійне ущільнення біля суглобових м'яких тканин, інколи з кальцифікатами.

III — великі ерозії не менше, ніж на S суглобової поверхні; остеоліз епіфіза; значне ущільнення м'яких тканин з відкладанням вапна.

### **Діагностичні критерії подагри (у балах)**

(Насонова В.А., Астапенко М.Г., 1989):

1. Наявність у анамнезі або спостереження не менше 2 атак припухання і/або почервоніння і сильного болю у суглобі (суглобах) кінцівок з ремісією через 1–2 тижні — 2 бали.

2. Моноартикулярний характер артриту, гострий артрит плюсно-фалангового суглоба великого пальця ступні у анамнезі або статусі — 4 бали.

3. Тофуси — 4 бали.

4. Сечокам'яна хвороба — 1 бал

5. Симптом "пробійника" або великі кістки на рентгенограмі — 2 бали.

6. Гіперурикемія -- 3 бали.

7. При сумі понад 8 балів подагра вірогідна, 5–7 балів — імовірна, менше 4 балів — подагра заперечується.

### **Римські критерії діагнозу подагри (1961)**

1. Гіперурикемія — сечова кислота у крові понад 0,42 ммоль/л у чоловіків і 0,36 ммоль/л у жінок.

2. Наявність подагричних вузликів (тофусів).

3. Знаходження кристалів уратів у синовіальній рідині або тканинах.

4. Наявність у анамнезі гострого артриту, який супроводжувався сильним болем, що раптово почався і вщух через 1–2 дні.

5. Діагноз вважається вірогідним, якщо наявні бодай дві любих ознаки.

### Приклади формулювання діагнозів:

Подагра, хронічний подагричний поліартрит, гостра атака, уролітіаз, ФН II ст.

Подагра, подагричний артрит правого плюсно-фалангового суглоба великого пальця ступні, активність I ст., ФН I ст.

Подагра, хронічний подагричний поліартрит. Вторинний остеоартроз, II ст., ФН II ст. Ожиріння II ст.

Хронічний гломерулонефрит з порушенням азотовидільної функції нирок. Вторинна подагра, подагричний артрит лівого гомілково-ступневого суглоба, гостра атака, ФН II ст.

### Лікування подагри

Лікування подагри включає:

- усунення подагричного нападу;
- нормалізацію маси тіла;
- виключення алкоголю;
- лікування препаратами, які зменшують гіперурікемію (урікодепресанти і урікоелімінатори);
- фізіотерапевтичні процедури,
- фітотерапію;
- санаторно-курортне лікування;
- хірургічне лікування.

Для усунення гострого нападу подагри ногу кладуть, забезпечивши її підвищене положення, під неї підкладають подушечку; якщо дуже виражена запальна реакція — на ділянку запалення кладуть міхур з льодом, снігом, а після стихання болю — зігріваючий компрес.

Рекомендується вживати велику кількість рідини (розбавлений лимонний сік, кисіль, компоти, молоко).

Медикаментозне лікування проводять колхіцином, який здатний усувати подагричний приступ.

Механізм дії колхіцину полягає у пригніченні міграції лейкоцитів, утрудненні фагоцитозу кристалів уратів, затримці дегрануляції лізосом. Крім того, колхіцин здійснює антигістамінний, антикініновий та незначний протизапальний ефекти.

Лікування подагричного артриту колхіцином потрібно розпочинати якомога раніше (оптимально — у продромальний період).

До розвитку набряку суглоба хворий спочатку приймає 2 таблетки колхіцину (1 мг), потім по 1 мг кожні 2 години або по 0,5 мг кожену годину, але не більше 8 таблеток (4 мг) у першу добу з поступовим зниженням дози, тобто на 2-й і 3-й дні дозу зменшують на 1 і 1,5 мг на добу, на 4–5 день — на 2 і 2,5 мг на добу відповідно.

Після припинення приступу терапію колхіцином продовжують ще 3–4 дні, поступово зменшуючи дозу.

Покращення настає протягом 12 годин від початку лікування. Препарат ефективний у 90% хворих. Найбільш часто ефект буває відсутнім з-за пізнього призначення препарату.

Колхіцин викликає побічну дію (понос, нудота, рідше блювання).

Крім колхіцину можна використати колхімакс (1 мг колхіцину, 15 мг фенобарбіталу, 12,5 мг опію). При його довготривалому застосуванні може розвинутихся анемія, лейкопенія.

При тяжких подагричних кризах колхіцин можна вводити внутрішньовенно (1 ампула містить 3 мг препарату).

Лікування колхіцином протипоказане при нирковій недостатності, серцевій недостатності, виразковій хворобі шлунку, вагітності.

Ефективним є застосування НПЗЗ. Найбільш часто використовують індометацин, ібупрофен, напроксен.

При неефективності НПЗЗ можна призначати глюкокортикоїди на фоні малих доз індометацину.



Довготривале медикаментозне лікування повинно проводитись:

- при частих приступах подагричного артриту (3 і більше протягом року);
- коли подагра супроводжується гіперурікемією — 0,48 ммоль/л (8 мг%) і вище;
- розвиток або прогресування подагричного артриту, ріст тофусів;
- при подагрі з ураженням нирок (з СКХ), за відсутності хронічної ниркової недостатності.

Препарати, що зменшують гіперурікемію, недоцільно призначати у період гострого приступу, лікування цими препаратами проводиться тільки у міжприступному періоді. Ці препарати хворі повинні приймати довготривало. Необхідно робити перерви (2–4 тижні) у період нормалізації сечової кислоти в крові. При лікуванні необхідно враховувати тип порушення пуринового обміну (метаболічний, нирковий, змішаний). Якщо тип не визначений, необхідно застосовувати урікоінгібітори, а не урікозуричні препарати.

Антиподагричні препарати поділяють на 3 групи:

1. Урікодепресанти (зменшують синтез сечової кислоти шляхом інгібування ферменту ксантиноксидази).
2. Урікозуричні препарати (підвищують екскрецію сечової кислоти шляхом зменшення реабсорпції уратів і збільшення секреції їх у нирках).
3. Препарати змішаної дії (поєднують урікодепресивний і урікозуричний ефекти).

Урікодепресивним ефектом володіє алопуринол (мілурит), який інгібує фермент ксантиноксидазу, внаслідок чого порушується перетворення гіпоксантину в ксантин, а в подальшому у сечову кислоту. Препарат можна застосовувати і при наявності ниркової патології (але без вираженої ниркової недостатності).

Показання для призначення алопуринолу:

- первинна чи вторинна подагра, пов'язана з захворюваннями крові;
- лікування первинної або вторинної гіперурікемічної нефропатії з ознаками подагри або без них;

- лікування хворих з рецидивуючими уратними каменями у нирках;
- профілактика уратних ускладнень, уролітіазу у хворих лейкемією, лімфомою, злоякісними новоутвореннями, які отримують хіміотерапевтичні препарати;
- подагра з хронічною артропатією і великими вузлами, при якій зменшення вузлів супроводжується зменшенням болю і покращенням рухів у суглобах.

Алопуринол випускається в таблетках по 0,1 і 0,3 г. Початкова доза алопуринолу складає 100 мг на добу, а потім щоденно добову дозу зменшують на 100 мг кожну добу і доводять до 200–300 мг при легких формах і до 480 мг при формах середньої тяжкості і тяжких.

Рівень сечової кислоти починає знижуватись на 2–3 день і досягає нормальних величин на 7–10 день. Враховуючи рівень сечової кислоти, відповідно знижують дозу алопуринолу.

Щоб не розвинулась суглобова криза, одночасно з алопуринолом слід призначати на 10 днів колхіцин у добовій дозі 1–1,5 мг (1–3 рази по 0,5 мг). Протипоказаннями до призначення алопуринолу є порушення функції печінки, гемохроматоз, вагітність, дитячий вік.

Тіопуринол — похідне алопуринолу в таблетках по 0,1 г. Препарат пригнічує синтез сечової кислоти, інгібує глутамінфосфорибозилтрансферазу. За рівнем активності він не поступається алопуринолу, але значно краще переноситься хворими. Добова доза 300–400 мг.

Гепатокаталаза — препарат із яловичиної печінки, зменшує синтез ендогенної сечової кислоти і збільшує її розпад. Вводять внутрішньом'язово 2–3 рази на тиждень по 10 000–25 000 ОД.

Оротова кислота — менш активний препарат, ніж алопуринол, зменшує синтез сечової кислоти; препарат призначають по 1 чайній ложці 3 рази на день до їжі, протягом 20 днів.

Урікозуричні препарати володіють властивостями знижувати каналцеву реабсорбцію уратів, у результаті чого підвищується виділення сечової кислоти.

Показання до призначення урікоелімінаторів:

- нирковий (гіпоекскреторний тип подагри при відсутності вираженої подагричної нефропатії);
- змішаний тип подагри при добовій екскреції сечової кислоти менше 2,7 ммоль (менш 450 мг);
- непереносимість алопуринолу.

Необхідно пам'ятати, що у період терапії урікоелімінаторами пацієнт повинен достатньо приймати рідини (до 2 — 2,5 л на добу).

Саліцилати мають урікозуричний ефект, якщо їх застосовують у добовій дозі 5–10 г. У невеликих дозах саліцилати, навпаки, знижують рівень сечової кислоти в сечі і підвищують її рівень у крові.

Бенемід — похідне бензойної кислоти призначають спочатку у дозі 0,5 г 2 рази на день, добова доза не повинна перевищувати 1–2 г. Можна призначати колбенід, який містить 0,5 г бенеміду і 0,5 мг колхіцину в 1 таблетці. Бенемід протипоказаний при ХНН, вагітності, гіперурикозурії (800–1000 мг на добу).

Антуран — один із метаболітів бутадіону, випускається в таблетках по 0,1 г, добова доза 0,3–0,4 г (у 2–4 прийоми) після їжі.

Бензобромарон (дезурік) — володіє сильною урікозуричною дією. Випускається по 0,1 г, приймають під час їжі, розпочинаючи з 0,05 г один раз на день.

### Антиподагричні препарати змішаної дії

Алломарон — комбінований препарат, який містить 100 мг алопуринолу і 20 мг бензобромарону. Препарат інгібує синтез сечової кислоти і збільшує її екскрецію з сечею. Алломарон використовують при гіперурикемії любого походження і подагрі для попередження рецидивів артриту, ураження нирок і утворення тофусів.

Фізіотерапевтичне лікування передбачає використання ультразвуку, фонофорезу, теплолікування (аплікації грязі, парафіну, озокериту).

Фітотерапія — місцево і всередину настій і примочки з лікарських трав: звіробою, ромашки, васильку та ін.

Сучасні стандарти проведення лікування передбачають проведення таких видів терапії:

*1. Дієтична терапія:*

- обмеження м'ясних і рибних продуктів, бобових, міцного чаю та кави;
- припинення вживання алкогольних напоїв;
- збільшення вживання рідини (до 2–3 літрів на добу).

*2. Гіпоурікемічні засоби:*

*а) засоби, зменшуючі синтез сечової кислоти:*

- алопуринол, початкова доза 0,3–0,4 г на добу.

*б) урікозуричні препарати:*

- пробенецид, початкова доза 0,25 г 2 рази на день;
- сульфінпіразон, початкова доза 0,05 г 2 рази на добу;
- бензобромарон (хіпурік, дезурік, нормурат) 0,08 — 0,1 г на добу одноразово;
- препарати, які підвищують розчинність сечової кислоти у сечі (магурліт, ураліт та ін.).

*3. Протизапальні та засоби для усунення гострого нападу подагри:*

*а) нестероїдні протизапальні засоби:*

- інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід, целекоксиб);
- колхіцин, початкова доза 0,5 мг, потім кожну годину додатково по 0,5 г до повного усунення нападу або появи побічних ефектів, але не більше 8 мг на добу;
- внутрішньосуглобове введення глюкокортикостероїдів (при непереносимості колхіцину і НПЗЗ);
- системна ензимотерапія (вобензим, флогензим).

*4. Фізіотерапевтичні процедури.*

*5. Санаторно-курортне лікування.*

## **ПІРОФОСФАТНА АРТРОПАТІЯ (псевдоподагра, хондрокальциноз)**

*Пірофосфатна артропатія* характеризується повільно прогресуючим перебігом з повторними гострими атаками артритів і розвитком хронічної артропатії внаслідок відкладання мікрокристалів пірофосфату кальцію у навколосуглобових тканинах.

### **Основні діагностичні критерії пірофосфатної артропатії:**

- гострий приступ артритів, особливо колінного або іншого великого суглоба;
- хондрокальциноз;
- наявність кристалів пірофосфату кальцію у синовіальній рідині і біоптатах синовіальної оболонки;
- нормальний вміст сечової кислоти в крові;
- рентгенологічні ознаки хондрокальцинозу.

Хронічний перебіг пірофосфатної артропатії супроводжується постійним болем, ранковою скутістю, помірним припуханням суглобів і атаками псевдоподагри; провокуючим фактором яких найчастіше виступають травми. Можливе поєднання пірофосфатної артропатії і деформуючого остеоартрозу.

При дослідженні синовіальної рідини та при біопсії синовіальної оболонки наявні кристали пірофосфату кальцію. На рентгенограмі колінних чи інших великих суглобів спостерігаються маленькі субхондральні кісти, фіброзні зміни у періартикулярних тканинах.

Гідроксиапатитова артропатія — хвороба відкладання кристалів гідроксиапатиту — кальцифікація сухожиль, що пов'язана з відкладанням у них кристалів гідроксиапатиту кальцію з наступним розвитком реактивного синовіїту та періартритів.

### **Клінічні форми:**

- 1) рецидивний мігруючий моно-олігоартрит;
- 2) гострий псевдополіартрит;
- 3) хронічний псевдополіартрит;
- 4) ураження хребта.

## Критерії діагностики:

### *Великі критерії:*

- попередній артрит чи поліартрит; гострий, підгострий, рецидивуючий і повністю зворотній;
- періартикулярна кальцифікація уражених суглобів;
- моно або мікрокристали гідроксиапатиту у синовіальній рідині або періартикулярних структурах.

### *Малі критерії:*

- наявність на рентгенограмі кальцифікатів у ділянці двох суглобів (крім уражених);
- асептична синовіальна рідина (відсутність мікрокристалів при мікроскопічному дослідженні);
- вміст кальцію у синовіальній рідині вище, ніж у нормі;
- велика чутливість до протизапальних нестероїдних препаратів під час атаки.

### Диференційна діагностика:

Необхідно диференціювати з подагрою, пірофосфатною артропатією, деформуючим спонділоартрозом.

Деяке значення має локалізація гострого артриту при захворюваннях: при гідроксиапатитній артропатії уражується частіше всього плечовий суглоб; при ПФА — колінний; при подагрі — I плюсно-фаланговий суглоб. Важливою є оцінка рентгенологічних даних: на ранніх стадіях ПФА немає кальцифікації хряща, при подагрі — немає внутрішньокісткових тофусів, тоді, як при гідроксиапатитній артропатії навіть у неуражених суглобах можна виявити кальцифікати.

Найбільш вірогідним диференційно-діагностичним критерієм є дослідження синовіальної рідини. При подагрі і ПФА виявляються численні кристали, а при гідроксиапатитній артропатії вони відсутні.

При подальшому розвитку хвороби диференційний діагноз з подагрою полегшується внаслідок наявності при подагрі тофусів, розвитку вторинного артриту, характерних “пробійників” на рентгенограмі і постійної гіперурікемії.

При ПФА виявляються псевдоартритичні зміни з характерною локалізацією; у суглобах кисті, з численною кальцифікацією хрящів на рентгенограмі. Про наявність свідчать переважно періартикулярна кальцифікація, повний зворотній розвиток запального процесу в суглобах і навколосуглобових тканинах, відсутність деформацій суглобів, нормальний рівень сечової кислоти, чисельна кальцифікація сухожилів на рентгенограмі. Ураження хребта проявляється корінцевим синдромом, а на рентгенограмі хребта визначається різна локалізація кальцифікатів.

При ПФА кальцифікати розташовані по зовнішній частині диска і інколи не спостерігається кальцифікація пульпозного ядра.

При деформуючому спондилезі не настає кальцифікації диска, може мати місце його місцева кальцифікація на фоні виражених дегенеративних змін дисків і тіл хребців, але немає такої чисельної кальцифікації сухожилів у ділянках периферійних суглобів, як при гідроксиапатитних артритах.

## ОСТЕОАРТРОЗ

*Остеоартроз* — це хронічне дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, для якого характерні такі ознаки: дегенерація суглобового хряща, зміни поверхні суглобів та розвиток крайових остеофітів, деформація суглобів, можливий розвиток синовіту.

### Основні клінічні форми остеоартрозу

#### *1. Коксартроз (первинний і вторинний — після кокситу, травм, вродженої дисплазії стегна).*

##### Основні критерії діагностики:

- поява болю “механічного” характеру у ділянці кульшового суглоба, що супроводжується шквильганням;
- поява болю у колінному суглобі, стегні, пахвинній ділянці, спині при відсутності первинного болю у кульшовому суглобі;
- можлива “блокада” кульшового суглоба;
- атрофія стегна і сідниць, формується згинальна контрактура.

##### *Рентгенологічна діагностика коксартрозу:*

I. Ранні ознаки: краплинні відкладання солей кальцію біля зовнішнього краю вертлюжної заглибини — зародок майбутніх остеофітів.

II. Розгорнута стадія хвороби: прогресуюче звуження суглобової щілини, крайові остеофіти.

III. Пізні зміни: грибоподібна деформація голівки, заглиблення вертлюжної западини, укорочення шийки стегнової кістки, остеосклероз голівки і вертлюжної западини.

#### *2. Гонартроз (остеоартроз колінного суглоба)*

##### Основні клінічні симптоми:

- біль механічного характеру, підсилення болю наприкінці дня, утруднення при спусканні по східцях;
- біль локалізується по внутрішній або передній частині суглоба, у хворих спостерігається відчуття “підкошення ніг”;



- першочергове виникнення обмеження згинання, потім розгинання, при рухах у суглобах відчувається хрускіт;
- поступово розвивається деформація, атрофія м'язів стегна і гомілки, можлива згинальна контрактура;
- розвивається відхилення колінного суглоба (0-подібні або X-подібні ноги), зовнішній підвивих надколінника;
- визначається гіпермобільність, нестабільність суглоба (бокова рухомість) і симптом "висувного ящика";
- періодично у хворих виникає симптом "блокади або заклинення" суглоба.

Частим ускладненням гонартрозу є реактивний вторинний синовіт.

### **Рентгенологічна діагностика:**

Для правильної діагностики рекомендовано робити знімки двох колінних суглобів у трьох проекціях — фасний, профільний і аксіальний (при зігнутому колінному суглобі під кутом 60°).

Початкові зміни на рентгенограмі проявляються симптомами артрозу надколінно-стегнового суглоба; звуженнями суглобової щілини між надколінником і стегном, остеосклерозом і остеофітозом надколінника і стегна на профільному знімку.

При артрозі стегно-великогомілкового суглоба визначається загострення міжви-росткового підвищення, звуження суглобової щілини, загострення країв виростків стегна.

При прогресуванні процесу виявляють грубі остеофіти, остеосклероз поверхні суглоба, суглобова щілина ледве проглядається або навіть може повністю зникнути.

### **3. Остеоартроз дистальних міжфалангових суглобів кисті**

Клінічно проявляється появою вузлуватих припухань у ділянці дистальних міжфалангових суглобів. Ці горбики стають з часом твердими і утворюють так звані вузлики Гебердена. Першочергово вузлики з'являються на I і III пальцях кисті, при прогресуванні процесу спостерігається

симетричне ураження і інших дистальних міжфалангових суглобів. Щільні кісткові утворення розміром з горошину спочатку пальпуються на тильній і боковій поверхні, а згодом навкруги всього суглоба (циркулярне ураження). Суглоби при цьому деформуються, порушується їх функція.

Інколи кісткові розростання можуть виникнути у ділянці проксимальних міжфалангових суглобів — вузли Бушара.

#### **4. Деформуючий поліостеоартроз (артрозна хвороба, хвороба Келлгрена)**

Характеризується чисельними дегенеративними ураженнями периферійних суглобів і міжхребцевих дисків. Захворювання може бути первинним і вторинним.

Клінічні прояви поліостеоартрозу обумовлені чисельними ураженнями суглобів, частіше симетричними (колінні, кульшові, дистальні міжфалангові), періартритами, тендовагінітами, остеохондрозом хребта.

*Діагностика деформуючого поліостеоартрозу базується на наступних даних:*

1. *Анамнез:* спадковий фактор, травми, запальні та метаболічні ураження суглобів, заняття спортом, характер трудової діяльності.

2. *Оцінка ортопедичного статусу:* плоскостопість, осанка, деформація кистяка.

3. *Клінічна оцінка суглобового синдрому:* біль у суглобах “механічного типу”, що посилюється під час навантаження та зменшується у стані спокою; симптом “блокади” суглоба; характерна локалізація — суглоби нижніх кінцівок, дистальні міжфалангові суглоби з вузликами Гебердена, стійка деформація суглобів, обумовлена кістковими змінами; порівняно невелике обмеження рухливості суглобів (за виключенням коксартрозу).

4. *Характерні рентгенологічні зміни:* остеоартроз, звуження суглобової щілини, внутрішньокісткові кісти, остеофіти.

5. *Повільний розвиток.*

6. *Нормальні параметри аналізу крові.*

7. Сіновільна рідина -- незапального характеру із збереженою в'язкістю та кількістю клітин до  $5,0 \times 10^3$  у мм<sup>3</sup>.

**Діагностичні критерії остеоартрозу  
(Бржезовський М.М, і співавт., 1983):**

1. Біль у суглобах "механічного" типу, тобто переважно наприкінці дня і/або у першу половину ночі (венозний застій), "стартовий" біль.

2. Підсилення болю після механічного навантаження на суглоб.

3. Деформація суглобу за рахунок кісткових розростань, включаючи вузлики Гебердена, Бушара, при рухах визначаються крепітація і хрускіт.

4. Характерні рентгенологічні дані:

а) звуження суглобової щілини;

б) остеосклероз суглобових поверхонь;

в) остеофітоз.

**Критерії діагнозу остеоартрозу  
(Беневоленська Л.І. та ін., 1993):**

1. Біль у суглобах, що виникає наприкінці дня і/або у першу половину ночі.

2. Біль у суглобах, що виникає після фізичного навантаження і зменшується у спокої.

3. Деформація суглобів за рахунок кісткових розростань, включаючи вузлики Гебердена, Бушара, при рухах визначаються крепітація і хрускіт.

4. Характерні рентгенологічні дані:

а) звуження суглобової щілини;

б) остеосклероз;

в) остеофітоз.

Критерії 1-2 — основні, 3 — додатковий. Для встановлення діагнозу наявність перших двох клінічних критеріїв і рентгенологічних критеріїв є обов'язковою.

**Приклади формулювання діагнозів:**

Остеоартроз (гонартроз (стадія), коксартроз (стадія), артроз дистальних міжфалангових суглобів кисті і стопи (вузликова, безвузликова форма), можливо поліостеоарт-

роз); (з ураженням (якщо є) реактивного синовіту), рентгенологічна стадія (I–III функціональна недостатність).

### *Клініко-рентгенологічні симптоми стадій остеоартрозу*

| СТАДІЯ | СИМПТОМИ   |   |
|--------|--|---|
|        | <i>клінічні</i>  | <i>рентгенологічні</i>  |
| I      | Незначне обмеження рухливості суглобів у якомусь визначеному для даного суглобу напрямку   | Незначні кісткові розростання по краях суглобової западини. Острівки осифікації суглобового хряща, які у подальшому зливаються з епіфізом. Суглобова щілина трохи звужена   |
| II     | Обмеження рухливості суглоба, більш виражене у визначених напрямках, супроводжується при рухах грубим хрускотом. Помірна атрофія регіонарних м'язів. | Значні кісткові розростання по краях суглобової западини, що охоплюють голівку кістки. Звуження суглобової щілини у 2–3 рази порівняно з нормою. Поява субхондрального склерозу кісток, що з'єднуються.   |
| III    | Значна деформація суглоба, його вимушене положення і різке обмеження рухомості, аж до збереження лише коливальних рухів.                             | Майже повне зникнення суглобової щілини, виражена деформація і ущільнення обох епіфізів, розширення суглобових поверхонь за рахунок крайових розростань. Виявляються суглобові "миші", метаплазовані у кістку. Ділянки суглобової капсули і періартикулярних тканин — кісткове склерозування ділянок кісток, що з'єднуються, в середині яких є окремі кістковидні просвітлення. Остеопороз. |

### *Диференційно-діагностичні ознаки остеоартрозу і подагричного артриту*

| Ознака                   | Остеоартроз   | Подагра  |
|--------------------------|---|--|
| 1. Стать                 | Однаково часто у чоловіків і жінок                      | Переважно у чоловіків                                |
| 2. Початок хвороби       | Поступовий  | Гострий, підгострий                                  |
| 3. Перебіг хвороби       | Повільно прогресуючий                                   | Рецидивуючий з гострими приступами артриту           |
| 4. Локалізація           | Міжфалангові суглоби кісток, кульшовий, колінні суглоби | Переважно суглоби I пальця ступні, гомілкові суглоби |
| 5. Вузлики Гебердена     | Часто   | Відсутні   |
| 6. Тофуси                | Відсутні  | Часто  |
| 7. Рентгенологічні зміни | Звуження суглобової щілини, остеосклероз, остеофіти     | Симптом "пробійника"                                 |
| 8. Гіперурикемія         | Відсутня  | Характерна   |
| 9. Ураження нирок        | Не характерно   | Часто  |
| 10. ШОЕ                  | Буває трохи підвищеною                                  | В період приступу різко збільшена                    |

## Диференційна діагностика деформуючого артрозу та ревматоїдного артриту

| Діагностичні ознаки                                    | Деформуючий артроз | Ревматоїдний артрит |
|--|--------------------|---------------------|
| 1. Скарги:   |                    |                     |
| - загальне відчуття нездоров'я                         | --                 | + --                |
| - біль у спокої  | --                 | +                   |
| - біль при рухах                                       | +                  | +                   |
| 2. Клінічні прояви:                                    |                    |                     |
| - вранішня скутість                                    | +                  | +++                 |
| - тугорухливість суглобів                              | +                  | +++                 |
| - атрофія  | --                 | ++                  |
| 3. Локалізація:  |                    |                     |
| - великі суглоби                                       | ++                 | +                   |
| - малі суглоби   | +++                | +++                 |
| - хребет   | ++                 | (+)                 |
| - кісткове потовщення у ділянці суглобів               | +                  | --                  |
| - набряк суглобів                                      | +                  | +++                 |
| - деформація суглобів                                  | +                  | +++                 |
| - підвищення температури тіла                          | --                 | + --                |
| 4. Лабораторні дані:                                   |                    |                     |
| - прискорення ШОЕ                                      | -- (+)             | +++                 |
| - гіпергаммаглобулінемія                               | --                 | ++                  |
| - дифеніламінова реакція, РФ                           | --                 | +                   |
| - анемія, лейкоцитоз                                   | --                 | +                   |
| - зсуви співвідношення основних класів імуноглобулінів | --                 | +                   |
| 5. Синовіальна рідина:                                 |                    |                     |
| - запальна форма синовіальної рідини                   | --                 | +                   |
| - наявність ревматоїдного фактору                      | --                 | +                   |
| 6. Рентгенографічні показники:                         |                    |                     |
| - субхондральний склероз                               | +                  | --                  |
| - звуження суглобової щілини                           | ++                 | ----                |
| - ерозії суглобової поверхні                           | --                 | -- +                |
| - крайові остеофіти                                    | ++                 | --                  |
| - кістозні ерозії                                      | +                  | + --                |
| (+) — зустрічається<br>(-) — не зустрічається          |                    |                     |

### Лікування остеоартрозу

Лікувальна програма при остеоартрозі включає:

- попередження подальшого прогресування дегенеративного процесу в хрящі («базисна терапія»);

- зменшення болю в суглобах і реактивного синовіїту;
- покращення функцій суглобів.

Базисна терапія передбачає:

- розвантаження уражених суглобів;
- нормалізацію маси тіла;

— покращення метаболізму хряща і мікроциркуляції у кістковій тканині.

Медикаментозна терапія передбачає, перш за все, призначення хондропротекторів.

Хондропротектори — це лікарські препарати, які покращують метаболізм хряща, попереджують і гальмують його деструкцію. Як правило, хондропротектори містять у своєму складі біологічно активні речовини хряща. До цих препаратів відносять румалон, алфлутоп, мукартрин.

Метаболічна терапія спрямована на покращення обмінних процесів у суглобовому хрящі і в комплексному лікуванні відіграє позитивну роль. Як метаболічні засоби призначають рибоксин, АТФ, фосфаден, пиридоксальфосфат, калію оротат, анаболічні стероїдні препарати.

Після хондропротекторів у комплексне лікування включають препарати, які покращують мікроциркуляцію в субхондральних відділах кісток і в синовії. Для покращення мікроциркуляції застосовують дипіридабол, трентал, теонікол.

Обов'язковою терапією є антиоксидантна, яка пригнічує процеси перекисного окислення ліпідів, зменшує утворення вільних радикалів, і, тим самим, гальмує деструкцію хряща.

Застосовуються наступні антиоксидантні засоби: вітамін Е (токоферолу ацетат) — призначають у капсулах 0,2 мл 50% розчину або 1–2 мл 10% розчину протягом місяця.

Велику роль у лікуванні остеоартрозу відіграють фізіотерапевтичні процедури: ультразвукова, лазерна, мікрохвильова терапія, електрофорез, місцева терапія мазями, примочками, лікування бішофітом, бальнеотерапія. Для зменшення болю у суглобах і лікування реактивного синовіїту застосовують НПЗЗ: ібупрофен, сургал, диклофенак, вольтарен, піроксикам.

Для покращання функцій суглобів застосовують лікувальну фізкультуру, масаж. Широко використовують санаторно-курортне лікування.

Всі хворі на остеоартроз повинні консультуватися ортопедом для вирішення питання своєчасного ортопедичного лікування.

Сучасною схемою лікування хворих на остеоартроз є схема лікування остеоартрозу, запропонована асоціацією ревматологів України (Коваленко В.М., Шуба Н.М. і співавт., 2002), яка включає:

*1. Протизапальні і анальгетичні засоби:*

*а) НПЗЗ неселективні інгібітори ЦОГ-2:*

- диклофенак, ібупрофен;
- індометацин;

*б) НПЗЗ селективні інгібітори ЦОГ-2:*

- мелоксикам (моваліс) 7,5–16 мг один раз на добу;
- німесулід (месулід) 100 мг 2 рази на день;
- целекосиб (целебрекс) 100–200 мг на добу.

*в) антагоністи рецепторів інтерлейкіну-1:*

- діцерейн (артродар, АРТ-50) по 50 мг всередину 2 рази на день під час їжі протягом не менше 3 місяців.

*г) системна ензимотерапія:*

- вобензим — 3–5 таблеток 3 рази на день протягом 3 тижнів;
- флогензим 2 таблетки 3 рази на день протягом 3 тижнів.

*2. Глюкокортикостероїди* (при неефективності інших протизапальних засобів, але не більше 4 введень протягом року):

- депо-медрол 20–40 мг;
- гідрокортизон 50–125 мг;
- кеналог 20–40 мг.

*3. Хондропротектори:*

- глюкозамінсульфат (віартрил S) 1500 мг 1 раз на день одночасно з НПЗЗ протягом 2–3 місяців;
- хондроїтин сульфат (структум) 750 мг 2 рази на день протягом 3 тижнів, потім 500 мг 2 рази на день тривалий час;

- гіалуронова кислота (хіалган) 20 мг внутрішньосуглобово;
- алфлутоп — при ураженні декількох суглобів 1 мл внутрішньом'язово 1 раз на день, 20 днів, через 3 місяці курс лікування можна повторити.

*4. Місцеве застосування мазевих і гелевих форм НПЗЗ:*

- фастум-гель (кетопрофен);
- долгіт крем (ібупрофен);
- верал-гель (піроксикам).

*5. Антиоксидантна терапія:*

- вітамін Е 1–2 капсули на день протягом місяця або 1–2 мл 1% розчину 1 раз на день протягом 20 днів.

*6. Препарати, що покращують мікроциркуляцію:*

- пентоксифілін (трентал, агапурін) 100 мг 3 рази на день;
- дипіридамол (курантил) 75 мг на добу.

*7. Ортопедичне лікування.*

*8. Лікувальна фізкультура.*

*9. Фізіотерапевтичне лікування.*

*10. Санаторно-курортне лікування.*



## СИСТЕМНІ ВАСКУЛІТИ

До системних васкулітів належать захворювання, в основі яких лежать системні некротично-запальні зміни кровоносних судин.

### Класифікація васкулітів

#### 1. Системний некротичний артеріїт.

А. Група вузликового поліартеріїту, куди входить у першу чергу вузликовий поліартеріїт (артеріїти аналогічного типу при ДЗСТ).

Б. Група гранулематозних артеріїтів, основними представниками яких є еозинофільний гранулематозний ангіїт і гранулематоз Вегенера.

2. Імунний васкуліт малих судин, куди входять геморагічний васкуліт (хвороба Шенлейна–Геноха), есенційна змішана кріоглобулінемія і васкуліти другого типу, які зустрічаються інколи у хворих на СЧВ, РА та інші системні захворювання.

3. Артеріїти великих судин. Прикладами такого захворювання є гігантоклітинний артеріїт (хвороба Хортон, скроневий артеріїт) і артеріїт Такаюсу.

Між класичним вузликовим поліартеріїтом і гранулематозними артеріїтами існують перехідні форми, що і спричинило включення їх в одну категорію системних некротичних артеріїтів.

Васкуліти можуть бути як самостійними захворюваннями, так і вторинним синдромом при інших ревматичних захворюваннях, причому у одного і того ж хворого можуть зустрічатися різні типи васкулітів.

## ВУЗЛИКОВИЙ ПОЛІАРТЕРІЇТ

*Вузликівий поліартеріїт* — це системний некротизуючий васкуліт по типу сегментарного ураження артерій малого і середнього калібру з утворенням аневризматичних вибухань.

### Діагностичні критерії (ACR,1990):

1. Втрата маси тіла понад 4 кг.
2. Сітчасте лівідо.
3. Болючість і припухання яєчок.
4. Міальгія, м'язова слабкість, біль при пальпації м'язів ніг.
5. Моно- або полінейропатія або поліневрит multiplex, симптоми ураження центральної нервової системи.
6. Гіпертензія (діастолічний тиск понад 90 мм рт. ст.).
7. Підвищення рівня сироваткових креатиніну та сечовини.
8. Носійство вірусу гепатиту В (Hbs-антиген або анти-HB-IgA).
9. Артеріографічні дані: аневризма, оклюзія.
10. Типові гістологічні зміни дрібних або середніх артерій з інфільтрацією судинної стінки, поліморфноядерними нейтрофільними гранулоцитами.

Імовірний вузликівий поліартеріїт встановлюють за наявності 3-х з 10 критеріїв.

### Характерні синдроми для вузликового поліартеріїту

1. Підвищення температури тіла сумнівного походження.
2. Гострий біль у животі з симптомами втягнення у процес більше, ніж одного органу.
3. Нейропатія або міопатія.
4. Гломерулонефрит, неясна гематурія або гіпертензія.
5. Шкірні зміни, особливо виразки, лівідо або вузлики.
6. Ішемія міокарда у хворих молодого віку.
7. Нез'ясовані невротичні захворювання, особливо якщо вони поєднані з високою ШОЕ і системними проявами.

Внаслідок поширеного системного ураження у клінічній картині ВП можуть проявлятися різноманітні зміни будь-яких внутрішніх органів.

### Варіанти клінічного перебігу ВП:

1. *Класичний* — характеризується ураженням багатьох систем організму — полісиндромність.
2. *Астматичний* — на перший план виступають явища бронхіальної астми, а ураження систем виглядає менш яскраво.
3. *Шкірно-тромботичний* — характерні вузлики вздовж судин, лівідостаз у шкірних судинах; можливі геморагічні прояви; можливі порушення периферійного кровообігу; некротичні зміни у кінчиках пальців.
4. *Моноорганный*, коли у клінічному перебігу домінує ураження будь-якого органу.

### В залежності від клінічних особливостей варіанти перебігу бувають:

1. *Доброякісний* — у всіх хворих з шкірними проявами.
2. *Повільнопрогресуючий* — характеризуються відсутністю виражених загострень.
3. *Рецидивний* — при різних клінічних варіантах.
4. *Швидко прогресуючий* — більш складний, протікає на фоні судинних ускладнень, з розвитком ниркової недостатності.
5. *Гостра блискавична форма* — зустрічається дуже рідко, розвивається злоякісна АГ, катастрофічне прогресування хвороби.

### Приклади формулювання діагнозу:

Вузликовий поліартеріт, активність I (II–III) ступеня, варіант (шкірно-тромботичний, астматичний, класичний, моноорганный); перебіг (доброякісний, повільнопрогресуючий, рецидивний, швидкопрогресуючий, гостра “блискавична” форма), ураження внутрішніх органів (нирок, печін-

ки, тощо), нервової системи (неврити, поліневрити, енцефаломієлополірадикулоневрити, тощо)

### *Класифікаційні критерії діагнозу вузликowego поліартеріїту*

| Критерії   | Визначення   |
|--|--|
| Схудіння > 4 кг  | Втрата маси тіла 4 кг і більше з початку захворювання, не пов'язана з особливостями харчування                                 |
| Сітчасте лівідо  | Гіллясті зміни малюнка шкіри на кінцівках і тулубі   |
| Болючість у яєчках   | Відчуття болючості у яєчках, не пов'язані з інфекцією або травмою  |
| Міальгії: слабкість або болючість у м'язах нижніх кінцівок | Дифузні міальгії (виключаючи плечовий пояс або поперекову ділянку) або слабкість і болючість у м'язах нижніх кінцівок          |
| Мононеврит або полінейропатія                              | Розвиток відповідних неврологічних проявів   |
| Діастолічний тиск понад 90 мм рт.ст.                       | Підвищення артеріального тиску   |
| Підвищення рівня креатиніну або сечовини у крові           | Вміст сечовини >14,4 ммоль/л або креатиніну >133 мкмоль/л, не пов'язаних з дегідратацією або обструкцією сечовидільних шляхів  |
| Вірус гепатиту В   | Наявність поверхневого антигену вірусу гепатиту В або антитіл до нього у сироватці крові                                       |
| Артеріографічні зміни                                      | Аневризми або оклюзії вісцеральних артерій при ангіографії, не пов'язані з атеросклерозом та іншими незалежними захворюваннями |
| Біопсія дрібних і середніх артерій                         | Гранулоцитарна і мононуклеарноклітинна інфільтрація стінки судин при морфологічному дослідженні                                |

### **Лікування вузликowego поліартеріїту**

1. *Глюкокортикостероїди* (показані при ураженнях центральної нервової системи, нирок і високій активності процесу):

- преднізолон по 30–60–100 мг на добу до досягнення клінічного ефекту, підтримуюча доза — 5–15 мг на добу;
- пульстерапія метилпреднізолоном до 1000 мг на добу один раз на день внутрішньовенно протягом 3 днів у поєднанні з введенням у перший день циклофосфану.

Гормональні препарати зменшують гостроту процесу, але малоефективні при ураженні судин нирок і ШКТ; можуть викликати стероїдний васкуліт, артеріальну гіпертензію. Лікування краще проводити короткими курсами, довготривалий прийом глюкокортикостероїдів погіршує перебіг артеріальної гіпертензії і нефротичного синдрому, крім того можуть розвиватись численні інфаркти.

Застосування високих доз преднізолону при класичному вузликовому поліартеріїті не дає належного ефекту. При абдомінальному синдромі преднізолон необхідно замінити на метилпреднізолон.

## **2. Імунодепресанти:**

- азатиоприн (імуран) по 2–4 мг на кг маси тіла на добу;
- циклофосфан (циклофосфамід) по 1–2 мг на кг маси тіла на добу протягом 10–14 днів з послідовним зменшенням дози. Загальна тривалість лікування не менше 1 року.

З імунодепресивних препаратів найбільш часто використовують азатиоприн, циклофосфан. Азатиоприн відноситься до групи антиметаболітів, гальмує синтез ДНК і РНК, впливає, в основному, на клітинний імунітет, пригнічує синтез Т-лімфоцитів. Циклофосфан є алкілюючим цитостатичним препаратом, проникає всередину клітин, порушує синтез нуклеїнових кислот.

### **Показання для призначення цитостатиків:**

- тяжке ураження нирок зі стійкою артеріальною гіпертензією;
- генералізований вузликовий поліартеріїт з ураженням нирок, ШКТ, серця, периферичної нервової системи;
- швидкопрогресуючі форми тромбоемболічного варіанту ВП;
- коли лікування глюкокортикостероїдами не дало ефекту;
- при наявності протипоказань до призначення глюкокортикостероїдів (виразкова хвороба, висока артеріальна гіпертензія, остеопороз).

Клінічний ефект настає через 3–4 тижні. Підтримуючі дози азатиоприну складають 50–100 мг.

### **Критерії ефективності лікування імунодепресантами:**

- нормалізація температури тіла;
- нормалізація маси тіла;
- зникнення міальгій, артралгій, осалгій;

- нормалізація АТ;
- позитивна динаміка змін на очному дні;
- зменшення або зниження патології внутрішніх органів;
- лабораторні показники значно зменшуються;
- зменшується диспротеїнемія;
- зменшення показників активності запального процесу.

3. *Лейкоцитарний інтерферон- $\alpha$*  100-300 тис. ОД внутрішньом'язово протягом 2 тижнів при знаходженні маркерів активної реплікації вірусу.

4. *Системна ензимотерапія:*

- вобензим по 5 таблеток 3 рази на добу, потім по 3 табл. 3 рази на добу протягом тривалого часу (рік і більше).

5. *Амінохінолінові препарати:*

- плаквеніл 0,4 г на добу.

6. *Нестероїдні протизапальні засоби:*

- диклофенак (ортофен, вольтарен, диклоберл, наклофен) до 150 мг на добу;
- селективні інгібітори ЦОГ<sub>2</sub>-мелоксикам 7,515 мг на добу, німесулід 100-200 мг на добу, целекосіб 200 мг 1-2 рази на добу.

7. *Антикоагулянти і антиагреганти:*

- гепарин 5-10 тис. ОД 4 рази на добу підшкірно у передню черевну стінку;
- діпірідамол (курантил) 150 мг на добу;
- пентоксифілін (трентал) 100-200 мг 3 рази на добу;
- ксантинолу нікотинат (компламін, теонікол) по 0,15 г 3 рази на день.

8. *Ангіопротектори:*

- пармідин (ангінін, продектин), починаючи з 0,25 г 3 рази на день, при гарній переносності збільшуючи дозу до 0,75 г 3 рази на день.

Лікування антиагрегантами, антикоагулянтами включає застосування гепарину по 15000-20000 ОД на добу, особливо ефективно при ураженні нирок. Як антиагреганти, використовують курантил, трентал, а також препарати

нікотинової кислоти (компламін, нікошпан, нікотинову кислоту).

При суглобовому, шкірному синдромах, міальгіях використовують НПЗЗ і препарати амінохінолінового ряду. З антиагрегантів — продектин, ангінін, кальцію добезилат (доксиум). Крім цього використовують симптоматичне лікування (лікування серцевої і коронарної недостатності, поліневриту, ХНН).

## ГРАНУЛЕМАТОЗНІ АРТЕРІТИ

Виділені в окрему групу відносно, раніше вважали, що це варіанти перебігу ВП.

*Гранулематозні артеріїти* — група захворювань, що характеризується розвитком некротизуючих васкулітів з вираженими гранулематозними реакціями. Сюди відносяться гранулематоз Вегенера, еозинофільний гранулематозний васкуліт, гігантоклітинний темпоральний артеріїт і неспецифічний аортоартеріїт.

### ГРАНУЛЕМАТОЗНИЙ АРТЕРІЇТ ВЕГЕНЕРА

*Гранулематозний артеріїт Вегенера* — гігантоклітинний гранулематозно-некротичний системний васкуліт з вибіркоvim ураженням дихальних шляхів і легень, а у подальшому і нирок.

При гранулематозі Вегенера вибірково уражаються верхні і нижні дихальні шляхи і легені, а потім приєднуються ураження нирок.

#### Діагностичні критерії (ACR, 1990):

- запалення порожнини носа або рота: болючі або неболючі виразки у порожнині рота, або гнійні, або пегнійні кров'янисті виділення з носа;
- зміни у легенях на рентгенограмі: вузликові зміни або постійні легеневі інфільтрати з утворенням порожнин;
- осад сечі: еритроцитурія (> 5 еритроцитів у полі зору);
- біоптат: гранулематозно-запальні зміни стінки артерій, пери- або екстраваскулярних тканин.

Два критерії і більше мають чутливість 88% і специфічність 92%. При відсутності даних біопсії до критеріїв відносять додаткову клінічну ознаку — кровохаркання.

#### Лікування гранулематозу Вегенера

##### 1. Цитостатики:

- Циклофосфан (циклофосфамід) — у гострому періоді 2 мг/кг маси тіла у поєднанні з преднізолоном 1 мг на кг маси тіла на добу протягом 2–4 тижнів, потім дозу циклофосфану знижують на 25 мг кожні 2–3



місяці до досягнення ремісії, але не раніше, ніж через рік; при швидкопрогресуючому перебігу — внутрішньовенно 5–10 мг/кг маси тіла протягом 2–3 днів, потім перорально по 1–2 мг на кг маси тіла протягом 2–3 тижнів, підтримуюча доза (до року) — 25–50 мг на добу.

Циклофосфамід є препаратом першого ряду. При гострому прогресуючому перебігу ГВ В.О.Насонова рекомендує циклофосфамід вводити внутрішньовенно у дозі 5–10 мг/кг протягом 2–3 днів, а при необхідності і 7 днів з послідуєчим переходом на прийом усередину по 1–2 мг/кг протягом 2–3 тижнів, потім підтримуюча доза 50–25 мг на день більше року. При застосуванні циклофосфаміду необхідно контролювати аналізи сечі, для профілактики геморагічного циститу рекомендують достатню кількість рідини — 2,5–3 л на добу. Рано розпочате лікування (до розвитку гломерулонефриту) є більш ефективним і дозволяє контролювати перебіг захворювання. Протипоказаннями для застосування циклофосфаміду є непереносимість препарату, агранулоцитоз, сепсис.

Можлива комбінація циклофосфаміду і преднізолону. Інколи використовують метотрексат (200 мг в тиждень, поєднуючи з преднізолоном).

- азатіоприн 150–200 мг на добу в поєднанні з преднізолоном 40–60 мг на добу, підтримуюча доза азатіоприну 100–150 мг на добу, преднізолону — 10–15 мг на добу.

### 2. Глюкокортикостероїди:

- преднізолон 1–2 мг на кг маси тіла обов'язково у поєднанні з цитостатиками.

### 3. Еферентні методи:

- плазмаферез.

### **Класифікаційні критерії діагнозу гранулематозу Вегенера (Leavitt R.Y. et al., 1990)**

| Критерії                                | Визначення   |
|---|--|
| Запалення носа і порожнини рота         | Виразки у порожнині рота або кров'яністі виділення з носа                                      |
| Зміни при рентгенологічному дослідженні | Вузлики, інфільтрати або порожнини у легенях   |
| Зміни сечі                              | Мікрогематурія (>5 еритроцитів у полі зору) або скопичення еритроцитів у сечовому осаді        |
| Біопсія                                 | Гранулематозне запалення у стінці артерії або у периваскулярному і екстраваскулярному просторі |

## СИНДРОМ ХОРТОНА

*Синдром Хортон* — це гігантоклітинний гранулематозний артеріїт, який уражає середню оболонку артерій, аорти і її гілок.

### Класифікаційні критерії синдрому Хортон:

- хворі віком понад 50 років;
- виражений головний біль;
- потовщення (розширення) або пульсація скроневих артерій (не пов'язані з атеросклерозом) або локальна чутливість при пальпації;
- порушення зору;
- симптоми ревматичної поліміалгії;
- прискорення ШОЕ (понад 50 мм/год) і анемія;
- біопсія скроневої артерії: переважання інфільтрації мононуклеарними клітинами або гранулематозне запалення з багатоядерними гігантськими клітинами.

Наявність 3 і більшелюбих критеріїв дозволяє встановити діагноз з чутливістю 93,5% і специфічністю 91,2%.

### Лікування синдрому Хортон

Зводиться до призначення глюкокортикостероїдів. При неускладненому захворюванні доза преднізолону складає 20–30 мг/добу, при порушеннях зору дозу підвищують до 40–60 мг. Якщо ураження великих судин або стволів — прогноз поганий, а доза гормональних препаратів зростає до 60–80 мг/добу. Преднізолон приймають протягом 2 років, а потім, якщо наступила ремісія, здійснюється постійний контроль.

## СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

**СЧВ** — захворювання із групи ДЗСТ, розвивається на основі генетично обумовленої недосконалості імунорегуляторних процесів, що спричиняє до утворення численних антитіл до власних клітин і їх компонентів і виникнення імунотоксичного запалення, результатом чого є пошкодження багатьох органів і систем.

### Діагностичні критерії:

#### *Суглобний синдром:*

- мігруючий характер артриту;
- артрит без деформації (неерозивний);
- приступоподібний розвиток суглобового синдрому;
- тимчасові запальні контрактури пальців рук.

#### *Шкірний синдром:*

- еритема на обличчі; капілярити кінчиків пальців, алопеція;
- виразки в роті та носоглотці;
- фотосенсибілізація.

#### *Нирковий синдром:*

- протеїнурія (0,5 г/добу);
- гематурія або лейкоцитурія (10000 в 1 мл);
- циліндрурія.

#### *Серозно-легеневий синдром:*

- плеврит;
- перикардит;
- пневмоніт.

### *Неврологічні порушення.*

#### *Лабораторні показники:*

- анемія (Hb — 100 г/л);
- лейкопенія (менше  $4 \cdot 10^9$ /л);
- LE-клітини;
- антинуклеарний фактор (1:100);
- антитіла до ДНК;
- тромбоцитопенія.

## Діагностичні критерії СЧВ (АРА,1982):

**1. Еритема у вигляді метелика:** фіксована еритема на щоках, найчастіше на носогубних складках.

**2. Дискоїдні зміни шкіри:** еритематозні шкірні плями з спайковими кератозними ділянками і фолікулярними пробками; атрофічні рубці на старих пошкодженнях.

**3. Фотосенсибілізація:** почервоніння шкіри внаслідок незвичайної реакції на сонячне світло, найчастіше за даними анамнезу.

**4. Виразки на слизовій оболонці порожнини рота і носоглотки:** як правило, неболючі.

**5. Неерозивний артрит:** уражуються 2 і більше суглобів, без деформацій).

**6. Серозит:** плеврит і/або перикардит.

**7. Ураження нирок:** персистуюча протеїнурія 0,5 г/добу і більше або циліндрурія.

**8. Неврологічні порушення:** судоми, психоз.

**9. Гематологічні порушення:** гемолітична анемія, лейкопенія  $<4 \cdot 10^9/\text{л}$ , лімфопенія  $<15\%$ , тромбоцитопенія  $<100 \cdot 10^9/\text{л}$ , не індуковані медикаментами.

**10. Імунні порушення:** наявність LE-клітин або анти-тіл до ДНК або Sm-антитіл або хибнопозитивна реакція Вассермана.

**11. Антинуклеарні антитіла:** підвищення титру антинуклеарних антитіл методом імуофлуоресценції

Діагноз вірогідний при наявності 4 і більше критеріїв.

### Приклади формулювання діагнозів:

Системний червоний вовчак, гострий перебіг, активність III ступеня, синдром дискоїдного вовчака, поліартрит, випітний полісерозит (плеврит, перикардит), ендокардит з формуванням недостатності мітрального клапана, II ст.

Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, активність I ступеня, синдром дискоїдного вовчака, артралгії. Адгезивний правобічний плеврит.

Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, активність II ступеня, енцефаліт, синдром дискоїдного вовчака, артралгії, кардіосклероз, Н I ст., пневмосклероз, ДН I ст.

Системний червоний вовчак, I ступінь активності, підгострий перебіг, кардит, недостатність мітрального клапана, Н I ст., вилітний двобічний плеврит, поліартрит, синдром дискоїдного вовчака.

Системний червоний вовчак, активність III ступеня, підгострий перебіг, дифузний гломерулонефрит з нефротичним синдромом та хронічною нирковою недостатністю I ст., міокардіодистрофія, Н I ст., поліартралгія.

Системний червоний вовчак, активність I ступеня, хронічний перебіг, лівобічний адгезивний плеврит, міокардіодистрофія, Н I ст., поліартралгія, синдром дискоїдного вовчака.

Системний червоний вовчак, III ст. активності, гострий перебіг, менінгоенцефалополірадикулонефрит, нефрит з нефротичним синдромом, кардит, пневмоніт, поліартрит, еритема обличчя, серцево-легенева недостатність I ст.

Системний червоний вовчак, активність III ступеня, гострий перебіг, вовчаковий цереброваскуліт, нефрит, міокардит, капілярит, виразково-некротичний стоматит.

Системний червоний вовчак, активність III ступеня, підгострий перебіг, дифузний гломерулонефрит з нефротичним компонентом, цереброваскуліт, полісерозит (ексудативний перикардит, плеврит), міокардит, артрит, капілярит, гепатомегалія, лімфоаденопатія, анемія.

Системний червоний вовчак, гострий перебіг, активність II ступеня, ураження шкіри (ексудативна еритема), суглобів (поліартрит, ФН II ст.); полісерозит (плеврит, перивісцерит); міокардит, ендокардит, гломерулонефрит, мінінгоенцефалополірадикулонефрит.

Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, активність II ст., рецидивуючий поліартрит, синдром дискоїдного вовчака, синдром Рейно, епілептичний синдром.

### *Критерії діагностики системного червоного вовчак*

| Критерії діагностики    | Визначення   |
|-------------------------|--|
| Висип на обличчі        | Фіксована еритема, плоска, або така, що підіймається на виличних дугах, з тенденцією до розповсюдження на лобні зморшки  |
| Дискоїдні висипання     | Еритематозні бляшки, що підіймаються з гіперкератозом та фолікулярними "кірками". На старих вогнищах можуть зустрічатися атрофічні шрами.  |
| Фотосенсибілізація      | Шкірні висипання внаслідок незвичайної реакції на сонячне опромінення (за даними анамнезу чи спостереження лікаря).  |
| Виразки порожнини рота  | Виразки у роті та носопролиговій ділянці, безболісні (за спостереженням лікаря).   |
| Артрит                  | Неерозивний артрит двох або більше периферійних суглобів, що характеризується болем, припухлістю або випотом.  |
| Серозит                 | Плеврит (доведені анамнестичні плеуральні болі або шум тертя плеври, що вислуховується). Перикардит, документований ЕКГ, шум тертя перикарда, випіт у перикарді.   |
| Ураження нирок          | Персистуюча протеїнурія (виділення білка з сечею 500 мг/добу чи понад цю кількість)  |
| Неврологічні порушення  | Судоми, не пов'язані з вживанням ліків або метаболічними порушеннями внаслідок уремії, кетоацидозу чи електролітного дисбалансу. Психоз, не пов'язаний з отриманням ліків або метаболічними порушеннями внаслідок уремії, кетоацидозу чи електролітичного дисбалансу.                  |
| Гематологічні порушення | Гемолітична анемія<br>Лейкопенія (лейкоцитів до $4 \cdot 10^9/\text{л}$ ) при двох визначеннях чи більше<br>Лімфопенія (лімфоцитів до $1,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ) при двох визначеннях чи більше).<br>Тромбоцитопенія (до $100 \cdot 10^9/\text{л}$ ), не пов'язана з вживанням ліків. |
| Імунологічні порушення  | Позитивний LE-клітинний тест. Антитіла до ДНК та нативної ДНК у збільшених титрах. Анти-Sn-антитіла. Псевдопозитивна реакція на сифіліс протягом 6 місяців за реакцією іммобілізації блідих трепонем або у тесті абсорбції флюоресцуючих протитрепонемних антитіл).                    |
| Антиядерні антитіла     | Збільшення титру антитіл у тесті імунофлюоресценції або іншим методом, пов'язане або не пов'язане з ліками, здатними викликати вовчак.   |

### Робоча класифікація клінічних варіантів перебігу системного червоного вовчаку

| Перебіг  | Активність   | Клініко-морфологічна характеристика уражень                                 |  |   |  |   |   |   |
|--|--|---|--|---|--|---|---|---|
|  |  | шкіри   | суглобів   | серозних оболонок   | серця  | легень  | нирок   | нервової системи                            |
| Гострий<br>Підгострий<br>Хронічний:<br>Рецидивуючий поліартрит<br>або серозит; синдром дискоїдного вовчака;<br>синдром Рейно; синдром Верльгофа; епілептиформний синдром | Активна фаза:<br>високий ступінь (III) помірний ступінь (II) мінімальний ступінь (I)<br><br>Неактивна фаза (ремісія) | "Метелик", ексудативна еритема, дискоїдний вовчак, капілярит, пурпура, тощо | Артралгія, поліартрит (гострий, підгострий, хронічний) | Полісерозит (плеврит, перикардит, перивісцерит), сухий або адгезивний | Міокардит (вогнищевий, дифузний), ендокардит, недостатність мітрального клапана, кардіосклероз, дистрофія міокарда | Пневмоніт (гострий, хронічний), пневмосклероз | Дифузний гломерулонефрит, нефротичного чи змішаного типу, вогнищевий нефрит | Поліневрит, енцефаломієлополірадикулоневрит |

### Диференційна діагностика СЧВ, ревматизму та інфекційного ендокардиту

| Ознака хвороби                    | Системний червоний вовчак            | Інфекційний ендокардит                                | Ревматизм                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Стать                             | Частише жінки                        | Частише чоловіки                                      | Частише жінки                                 |
| Вік                               | Дітородний                           | Середній  | Дитячий, підлітковий, молодий                 |
| Провокуючий фактор                | Інсоляція, вакцинація                | Ревматизм, оперативне втручання                       | β-стрептококова інфекція                      |
| Ліквідація лихоманки              | Кортикостероїдами                    | Антибіотиками   | Протиревматичними засобами                    |
| Шкіра                             | Еритема обличчя у вигляді "метелика" | Петехії; пустульозні та геморагічно-некротичні висипи | Кільцеподібна еритема                         |
| "Барабанні палички"               | Відсутні                             | Характерні при тривалому перебігові                   | Відсутні                                      |
| Клапанні вади                     | Рідко мітральна, трикуспідальна      | Частише аортальні                                     | Мітральні, аортальні, сполучні, комбіновані   |
| Шумова характеристика вади        | Постійна                             | Змінюється  | Постійна                                      |
| Інфаркти та тромбоемболії         | Відсутні                             | Часто   | Рідко   |
| Полісерозит                       | Характерний                          | Відсутній   | Рідко   |
| Спленомегаля                      | Не характерна                        | Часто   | Рідко   |
| Нефропатія                        | Лупус-нефрит                         | Осередковий та дифузний нефрити                       | Рідко   |
| Гемокультура                      | Негативна                            | Позитивна   | Негативна                                     |
| LE-клітини                        | Характерні                           | Відсутні  | Відсутні                                      |
| НБТ-тест                          | Негативний                           | Позитивний  | Негативний                                    |
| Антитіла до інфекційних антигенів | Відсутні                             | Характерні  | Можуть визначатися до бактеріальних антигенів |

**Диференційна діагностика системного червоного вовчаку, системної склеродермії, дерматомиозиту та вузликового поліартеріїту**

| Ознаки хвороби                          | СЧВ   | ССД   | ДМ  | ВПА                        |
|---|---|---|---|----------------------------|
| Стать                                   | Переважно жінки   | Переважно жінки   | Переважно жінки                             | Переважно чоловіки         |
| Фактори, що викликають чи провокують    | Інсоляція, вакцинація   | Переохолодження, інфекція   | Часто при пухлинах                          | Вакцинація, ліки           |
| Найчастіші початкові прояви             | Лихоманка, артралгії, полісерозит   | Синдром Рейно, поліартралгії, твердий набряк шкіри                                    | М'язова слабкість                           | Лихоманка, виснаження      |
| <b>Найхарактерніші клінічні прояви:</b> |   |   |   |                            |
| Шкіра                                   | Еритема обличчя у вигляді "метелика", твердий набряк, індурація, атрофія, пігментація |   | Параорбітальний набряк, еритема обличчя     | Шкірні і підшкірні вузлики |
| Суглобово-м'язовий апарат               | Артралгії, артрити  | Артралгії, фіброзно-індуративні зміни періартикулярних тканин, контрактури, кальциноз | Артралгії, міальгії, міозит                 | Артралгії, міальгії        |
| Легені                                  | Плеврит, пневмоніт  | Базальний пневмосклероз   | Пневмонія через гіповентиляцію та аспірацію | Бронхоспастичний синдром   |
| Серце                                   | Міокардит, перикардит, ендокардит   | Великоосередковий, некоронарогенний кардіосклероз                                     | Міокардіодистрофія, міокардит               | Коронарна недостатність    |
| ШКТ                                     | Не характерні   | Дисфагії внаслідок ураження стравоходу, дуоденіт, атонія кишечника                    | Дисфагія через ураження пролігових м'язів   | Симптоми "гострого живота" |
| Нирки                                   | Нефротичний синдром, дифузний або осередковий гломерулонефрит                         | Справжня склеродермія нирки з ХНН   | Не характерні                               | Дифузний гломерулонефрит   |
| Нервова система                         | Енцефаломієлорадикулонефрит   | Полірадикулоневрити   | Гіпорексія через ураження м'язів            | Поліневрити                |
| Периферична кров                        | Лейкопенія, LE-клітини  | Зміни не характерні   | Зміни не характерні                         | Лейкоцитоз, еозинофілія    |



## Диференційна діагностика СЧВ та РА

| Ознаки                            | СЧВ   | РА  |
|-----------------------------------|---|---|
| Вік на період початку хвороби     | 20–40 років                                 | Будь-яка  |
| Співвідношення хворих (чол.:жін.) | 9:1   | 3:1   |
| Ураїння скутість                  | Помірна                                     | Виражена  |
| Артрит                            | Легкий                                      | Важкий  |
| Ерозії                            | Не характерні                               | Характерні  |
| Лихоманка                         | Характерна                                  | Не характерна                                       |
| Шкірні висипання                  | Характерні                                  | Не характерні                                       |
| Підшкірні вузлики                 | Не характерні                               | Характерні  |
| Ураження нирок                    | Характерне                                  | Не характерне                                       |
| Неврологічні та психічні зміни    | Характерні                                  | Не характерні                                       |
| Аутоімунна гемолітична анемія     | Характерна                                  | Не характерна                                       |
| АНА                               | 90%   | до 50%  |
| LE-клітини                        | 80–100%                                     | 10–20%  |
| Антитіла до ДНК                   | 100%  | 0–3%  |
| Комплемент                        | (при активному СЧВ)<br>Знижений або в нормі | (тільки в низьких титрах)<br>В нормі або збільшений |

### Лікування СЧВ

1. **Глюкокортикостероїди** (показані при ураженнях центральної нервової системи, нирок і високій активності процесу):

- преднізолон по 1–2 мг/кг маси тіла пацієнта протягом 3–6 місяців, підтримуюча доза — 5–15 мг на добу;
- пульстерапія метилпреднізолоном до 1000 мг на добу один раз на день внутрішньовенно, протягом 3-х днів підряд (при активному нефриті, генералізованому васкуліті, гемолітичній кризі).

Критеріями ефективності лікування преднізолоном є:

- зменшення активності патологічного процесу;
- значне зниження активності і вираженості вісцеральних проявів.

Причинами неефективності глюкокортикостероїдів є:

- нерегулярність прийому;
- неадекватна доза;
- пізно розпочате лікування;
- тяжка ступінь імунокомплексної органної патології.

## **2. Імунодепресанти:**

- азатиоприн (імуран) по 50–200 мг на добу не менше 10 тижнів, можливе поєднання з преднізолоном по 30 мг на добу;
- циклофосфан (циклофосфамід) по 50–200 мг на добу протягом 10 тижнів з подальшим переходом на підтримуючу дозу;
- метотрексат по 10–15 мг на тиждень протягом 4–6 тижнів;
- циклоспорин А (сандіmun) 2,5 мг на кг маси тіла (до 150 мг) протягом місяця.

### **Показання для лікування ендокринологічними імунодепресантами:**

- висока активність процесу і швидкопрогресуючий перебіг;
- генералізований васкуліт (ураження ЦНС, легень, виразкове ураження шкіри);
- активний нефротичний і нефритичний синдроми;
- недостатня ефективність глюкокортикостероїдів;
- необхідність швидко зменшити дозу преднізолону;
- глюкокортикоїдна залежність.

### **Критеріями ефективності лікування цитостатиками є:**

- зникнення чи зменшення клінічних ознак хвороби і, у першу чергу, нефриту;
- зникнення чи зменшення глюкокортикоїдної залежності;
- стійке зниження активності СЧВ і відсутність рецидивів;
- попередження прогресування люпус-нефриту.

### **Схеми комбінованого лікування:**

- поєднана пульс-терапія — 1000 мг преднізолону + 1000 мг циклофосфану в 1-й день, 2 і 3 дні — лише метилпреднізолон у дозі 1000 мг;
- азатиоприн і циклофосфан по 2–2,5 мг на кг маси тіла на добу.

### 3. Імуномодулятори:

- імуноглобулін 0,4 мл на кг маси тіла протягом 5 днів підряд щомісячно;
- лейкоцитарний інтерферон людини 100–300 тис. ОД внутрішньом'язово протягом 2 тижнів;
- моноклональні антитіла;
- антитіла до фактора некрозу пухлин- $\alpha$  — ремікейд;

### 4. Системна ензимотерапія:

- вобензим по 5 таблеток 3 рази на добу, потім по 3 табл. 3 рази на добу протягом тривалого часу (рік і більше).

### 5. Амінохінолінові препарати (при низькій активності процесу, на фоні фотосенсибілізації, помірного ураження нирок і суглобів, можливе поєднання з глюкокортикостероїдами):

- плаквеніл 0,4 г на добу.

### 6. НПЗЗ (при стійких артритах, бурситах, поліміальгіях):

- диклофенак (ортофен, вольтарен, диклоберл, наклофен) до 150 мг на добу;
- селективні інгібітори ЦОГ<sub>2</sub>-мелоксикам 7,5–15 мг на добу, німесулід 100–200 мг на добу, целекосиб 200 мг 1–2 рази на добу.

### 7. Екстракорпоральні методи (на фоні глюкокортикостероїдної і цитостатичної терапії):

- плазмаферез;
- імуносорбція;
- селективна імуносорбція.

### 8. Опромінення лімфатичних вузлів.

### 9. Антикоагулянти і антиагреганти:

- гепарин 5–10 тис. ОД 4 рази на добу підшкірно у передню черевну стінку;
- дипіридамомол (курантил) 150 мг на добу;
- пентоксифілін (трентал) 100–200 мг 3 рази на добу;
- простагландин Е<sub>1</sub> (вазопростан) 20 мкг на добу;

## ДЕРМАТОМІОЗИТ (ПОЛІМІОЗИТ)

*Дерматоміозит* — це системне прогресуюче захворювання з переважним ураженням поперечносмугастої і гладенької мускулатури з порушенням рухливої функції, а також шкіри у вигляді еритеми і набряку.

### Критерії діагностики:

- типові шкірні зміни;
- прогресуюча слабкість у симетричних відрізках проксимальних м'язів за даними анамнезу і при дослідженні;
- підвищення концентрації одного із сироваткових м'язових ферментів;
- міопатичні зміни на електроміограмах;
- типова картина поліміозиту при біопсії м'язів;
- збільшення креатинінурії;
- об'єктивні зміни — зменшення м'язової слабості при лікуванні гормональними препаратами.

### Діагностичні критерії ДМ

(А. Матуліс, Л. Гаргасас, 1985, Вільнюс):

#### Основні:

1. Ураження проксимальних м'язів кінцівок, шкіри.
2. Характерне ураження шкіри: параорбітальний набряк, і лілова еритема — симптом окулярів.
3. Збільшення активності сироваткових ферментів — креатинфосфокінази, альдолази, трансаміназ понад 50% від норми.
4. Електроміографічні дані.
5. Характерна патоморфологія при біопсії м'язів (дегенерація, некроз, базофілія, запальні інфільтрати, фіброз).

#### Додаткові:

1. Кальциноз.
2. Дисфагія.

#### Діагноз вірогідний за наявності:

- 3 основних критеріїв;
- 2 основних і 2 додаткових критеріїв.

### Діагноз імовірний за наявності:

- 1 основного критерію;
- 2 основних критеріїв;
- 1 основного і 2 додаткових критеріїв.

### Приклади формулювання діагнозів:

Дерматоміозит (поліміозит) первинний, гострий перебіг, II ступінь активності, з дифузним ураженням м'язів, серця (міокардит, H<sub>1</sub>), лімфаденопатія, печінки (гепатомегалія), суглобів (поліартрит, ФНІ-III).

Дерматоміозит (поліміозит) первинний чи у поєднанні з неоплазмою, підгострий перебіг, активність I-III, ураження шкіри (еритема обличчя, параорбітальний набряк), серця (міокардит, кардит, міокардиострофія H<sub>1</sub>-III), легень (легеневий фіброз, ателектази, пневмонії); шлунково-кишкового тракту (фарингеально-стравохідна); нервової системи (поліневрит, вегетивні порушення); ендокринної системи (гіпофізарно-наднирниковий синдром).

Дерматоміозит, гострий перебіг, III ст. активності, з дифузним ураженням м'язів, міокардит, лімфоаденопатія, гепатомегалія.

Дерматоміозит, хронічний перебіг, I ст. активності з ураженням шкіри (еритема обличчя, параорбітальний набряк), м'язів рук та ніг, міокардіодистрофія.

Дерматоміозит, підгострий період, II ст. активності з ураженням шкіри, м'язів тулуба і кінцівок, перикардит, плеврит, гепатомегалія.

Дерматоміозит, хронічний перебіг з ураженням шкіри і підшкірної клітковини (еритема, капілярити, параорбітальний набряк), м'язів (у тому числі і м'язів глотки).

Дерматоміозит, гострий перебіг з вираженими трофічними розладами, ураженнями шкіри (еритема, капілярити, параорбітальний синдром), м'язів спини, глотки.

Дерматоміозит, гострий перебіг з ураженням шкіри, підшкірножирового шару (набряк, еритема, капілярит, параорбітальний синдром), слизових оболонок, м'язів спини, дихальних м'язів і м'язів глотки.

Дерматоміозит, гострий перебіг з ураженням шкіри підшкірного шару (параорбітальний набряк, еритема, капі-

лярити, набряки), генералізоване ураження м'язів, який лікувався кортикостероїдами і ускладнений численними стероїдними виразками шлункового тракту.

Дерматомиозит, підгострий перебіг з ураженням шкіри і підшкірної клітковини (еритема, капілярити, параорбітальний синдром) скелетної мускулатури з розвитком контрактур, ураження м'язів глотки і м'якого піднебіння.

Дерматомиозит, гострий перебіг з ураженням м'язів, суглобів, серця, легень, нирок (нефрит), ХПН I, II, III, гостра серцева недостатність, набряк легень.

Дерматомиозит з ураженням шкіри, м'язів, внутрішніх органів (серця, нирок, тощо) з великими трофічними і судинними порушеннями; шлунково-кишковою кровотечею (гостра стероїдна виразка), некроз шкіри внутрішньої лівої гомілки після біопсії.

### *Робоча класифікація ДМ*

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| I. Первинний (ідіопатичний) поліміозит.   | Ураження шкіри (еритема, набряк, дерматит, телеангіктазії, осередки пігментації, гіперкератоз, пойкилодермія); | За перебігом: |
| II. Первинний (ідіопатичний) дерматомиозит.   |  | Гострий,      |
| III. Дерматомиозит (чи поліміозит) у поєднанні з неоплазмою.                          | синдром Рейно;   | підгострий,   |
| IV. Дитячий дерматомиозит (поліміозит) у поєднанні з васкулітом.                      | ураження внутрішніх органів (серця, легень ШКТ, нирок, нервової, ендокринної системи).                         | хронічний     |
| V. Поліміозит чи дерматомиозит у поєднанні з іншими захворюваннями сполучної тканини. |  |               |

### **Лікування дерматомиозиту**

#### *1. Глюкокортикостероїди:*

- преднізолон 1мг/кг маси тіла протягом 1–3 місяців.

При гострому процесі дерматомиозиту призначають 80–120 мг на добу, при підгострому — 60 мг, при загостренні хронічного процесу 30–40 мг. В.О.Насонова рекомендує призначати преднізолон при дерматомиозиті в 4–6 прийомів через рівні проміжки часу. Препарат слід приймати протягом 2–3 місяців і більше до одержання клінічного ефекту. Потім дозу досить повільно знижують до підтримуючої, на першому році вона складає 30–40 мг, на 2–3 — 10–20 мг на добу. Преднізолон можна відмінити лише при стійкій клінічній ремісії.

При дуже тяжкому перебігу дерматомиозиту на фоні прийому преднізолону рекомендована пульстерапія метил-

преднізолоном (внутрішньовенно крапельно 1000 мг метилпреднізолону 1 раз на день протягом 3 днів) з одночасним використанням плазмаферезу.

На стадії атрофії і фіброзу м'язів застосування глюкокортикостероїдів недоцільне.

### *2. Цитостатики:*

- циклоспорин А (сандіmun) 5 мг на кг маси тіла на добу, підтримуюча доза 2–2,5 мг на кг маси тіла на добу;
- метотрексат від 7,5 до 25–20 мг на тиждень;
- азатиоприн (імуран) 2–3 мг на кг маси тіла на добу.

Цитостатики у терапії дерматоміозиту застосовують лише тоді, коли не отриманий ефект від лікування гормональними препаратами. Їх призначають на фоні терапії преднізолоном, протягом 2–6 місяців, потім дозу поступово знижують до підтримуючої. Треба пам'ятати, що перш, ніж призначити цитостатики, необхідно ретельно обстежити хворого для виключення онкозахворювання. Оскільки при дерматоміозиті преднізолон досить ефективний, то, якщо від нього немає ефекту — це вказує на можливість паранеопластичного дерматоміозиту.

### *3. Імуномодулятори:*

- імуноглобулін внутрішньовенно по 1 г на кг маси тіла протягом 2 днів або по 0,4 г протягом 5 днів щомісячно (3–4 міс.).

### *4. Амінохінолінові препарати (при ураженнях шкіри):*

- плаквеніл 0,2 г на добу не менше 2 років.

При хронічному перебігу дерматоміозиту без ознак активності можливе застосування амінохінолінових препаратів. Амінохінолінові препарати можна призначати при зменшенні дози преднізолону чи цитостатиків.

### *5. Нестероїдні протизапальні засоби:*

- диклофенак (ортофен, вольтарен, диклоберл, наклофен) до 150 мг на добу;
- селективні інгібітори ЦОГ<sub>2</sub> — мелоксикам 7,5–15 мг на добу, німесулід 100–200 мг на добу, целекосиб 200 мг 1–2 рази на добу.

Застосування НПЗЗ є раціональним при домінуючому больовому і суглобовому синдромах, а також при хроніч-

ному перебігу дерматоміозиту з низьким ступенем активності. Рекомендується вольтарен 0,02 г 2-3 рази на добу, піроксикам по 0,02 г 2 рази на добу.

#### *6. Метаболічна терапія:*

- ретаболіл 1 мл 5% розчину 1 раз на 2 тижні;
- вітаміни В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>.

Для покращення метаболізму в уражених м'язах використовують:

- ретаболіл по 1 мл 5% розчину 1 раз в 2 тижні внутрішньом'язово, курс лікування 3-4 ін'єкції;
- рибоксин 0,2 г по 2 табл. 3 рази на день протягом 2-х місяців;
- мілдронат 10% 5 мл 1 раз в день 10 днів або в капсулах по 0,25 г 2-4 рази в день — 10-20 днів;
- АТФ — 1-2 мл внутрішньом'язово 1 раз в день протягом 30 днів.

#### *7. Комплекси:*

- дивонатрієва сіль етилендіамінтетраоцтової кислоти внутрішньовенно на 400 мл ізотонічного розчину хлориду натрію або глюкози протягом 5 днів підряд з 5-денною перервою, 15 введень на курс. При наявності кальцинозу внутрішньовенно крапельно вводять дивонатрієву сіль етилендіамінтетраоцтової кислоти. Разову дозу (250 мг) розчиняють у 400 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5% розчині глюкози. Вводять кожного дня протягом 5 днів з 5-денною перервою (курс лікування 15 введень). Курси лікування повторюють 3 рази під контролем кальцію в крові.

При лікуванні дерматоміозиту необхідно пам'ятати про те, що дерматоміозит буває ідіопатичним (первинним) і паранеопластичним (вторинним). Поява дерматоміозиту у людей старше 60 років майже завжди вказує на пухлинне його походження.



## СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ, СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ

*Системна склеродермія* (системний склероз) — прогресуюче полісиндромне захворювання з характерними змінами шкіри, суглобів, внутрішніх органів (легень, серця, шлунково-кишкового тракту, нирок) і розповсюдженими вазоспастичними порушеннями за типом синдрому Рейно, в основі якого лежить ураження сполучної тканини з перевагою фіброзу і судинною патологією у вигляді облітеруючого артеріїту.

### Класифікація склеродермії (склеродермічної групи хвороб):

1. Системна склеродермія (прогресуючий системний склероз):
  - а) дифузна склеродермія;
  - б) лімітована склеродермія;
  - в) перехресний (overlap) синдром.
2. Обмежена склеродермія:
  - а) вогницева (бляшкова, генералізована);
  - б) лінійна (за типом “удару шаблею”, геміформи).
3. Дифузний еозинофільний фасцит.
4. Склеродерма Бушке.
5. Локалізований системний фіброз (мультифокальний фіброз).
  - б. Індукована склеродермія:
    - а) хімічна, медикаментозна (кремнієвий пил, хлорвініл, органічні розчинники, блеоміцин, тощо);
    - б) вібраційна (асоційована з вібраційною хворобою);
    - в) метаболічна, спадкова (порфірія, фенілкетонурія, амілоїдоз, синдром Вернера та Ротмунда, склеромікседема, тощо);
    - г) імунологічна (“ад’ювантна хвороба”, хронічна реакція відторгнення трансплантата);
    - д) паранеопластична склеродермія.

### Діагностичні ознаки системної склеродермії:

#### Основні ознаки:

#### *Периферичні:*

- склеродермічне ураження шкіри;

- синдром Рейно;
- суглобово-м'язовий синдром (з контрактурами);
- остеоліз;
- кальциноз.

***Вісцеральні:***

- базальний пневмофіброз;
- великовогнищевий кардіосклероз;
- склеродермічне ураження шлунково-кишкового тракту;
- гостра склеродермічна нефропатія.

***Лабораторні:***

- специфічні антинуклеарні антитіла.

***Додаткові:***

***Периферичні:***

- гіперпігментація шкіри;
- телеангіектазії;
- трофічні порушення;
- поліартралгії;
- поліміальгії, поліміозити.

***Вісцеральні:***

- лімфаденопатія;
- полісерозит (частіше адгезивний);
- хронічна нефропатія;
- поліневрит, ураження ЦНС.

***Загальні:***

- втрата маси тіла (більше 10 кг);
- лихоманка (частіше субфебрилітет).

***Лабораторні:***

- прискорення ШОЕ (більше 20 мм/год);
- гіперпротеїнемія (більше 85 г/л);
- гіпергамаглобулінемія (більше 23%);
- антитіла до ДНК чи антинуклеарний фактор;
- ревматоїдний фактор.

**Попередні критерії системної склеродермії (АРА,1980):**

***Великий критерій:***

1. Склероподібні зміни шкіри, проксимально від основних суглобів пальців.

### **Малі критерії:**

1. Ямкоподібні рубці або втрата речовини м'яких тканин кінчиків пальців кистей і/або стоп.
2. Двобічний базальний фіброз легень.  
Діагноз вважається вірогідним, якщо наявний або один великий або два малих критерії.

### **Ранні ознаки, що вказують на діагноз:**

а) типові для склеродермії антинуклеарні антитіла (JFT на клітинах Нер-позитивні в >95%): анти-DNS-топоізомераза, анти-Centromer, анти-Fibrillarin, анти-Th, анти-RNS I,II,III, анти-Pm Scl, анти-U1-RNP, анти-Ku;

б) типові для склеродермії структурні або функціональні зміни:

- феномен Рейно в анамнезі, спонтанно або після впливу холоду;
- мікроскопічні зміни капілярів на нігтьовому ложе;
- порушення газообміну в легенях і/або рестриктивні порушення вентиляції;
- розлади моторики стравоходу.

### **Приклади формулювання діагнозів:**

Системна склеродермія, активність II ступеня, стадія II, з ураженням легень (базальний пневмосклероз, емфізема, ДН II ст.); серозних оболонки (плевроперикардальні злуки) і шлунково-кишкового тракту (звуження стравоходу, пептичний езофагіт з виразкоутворенням у нижній третині, ураження товстого кишечника); суглобів (поліартрит, ФНС I ст.).

Системна склеродермія, підгострий перебіг, активність II ступеня, стадія II, з ураженням нирок (розвиток гострої ниркової недостатності (справжня склеродермічна нирка), ХНН<sub>0</sub>; ендокринними порушеннями (елементи адисонізму); легень (базальний пневмосклероз, бронхоектази, ДН I ст.); серця (кардіосклероз, Н I ст.).

Системна склеродермія, підгострий перебіг, активність II ступеня, стадія II, з ураженням шкіри у фазі щільного набряку; суглобів (стійкі артралгії); серця (недостатність мітрального клапана, Н I ст.); виражені нервовосудинні розлади (синдром Рейно на руках і ногах).

Системна склеродермія, активність I ступеня, стадія II, підгострий перебіг з ураженням серця (кардіосклероз з порушеннями внутрішньопередсердної і внутрішньошлункової провідності, Н I ст.); шлунково-кишкового тракту (стравоходу і частини тонкого кишечника — дилатація і порушення моторики); суглобів (з розвитком стійких контрактур і анкілозів, ФНС I ст.); кісткової системи (початковий остеоліз нігтьових фаланг); шкіри (фаза індурації) і глибокими трофічними порушеннями (вирозкоутворенням, частковим випадінням волосся).

Системна склеродермія, активність I ступеня, II стадія, хронічний перебіг з ураженням шкіри і прилеглих тканин (фаза індурації і атрофії); м'язів (фіброзуючий міозит); кісток (остеоліз нігтьових фаланг, остеопороз), шлунково-кишкового тракту (переважно стравоходу); серця (кардіосклероз з неповною блокадою правої ніжки пучка Гіса, Н I ст.); великими трофічними порушеннями (кальциноз, виснаження).

Системна склеродермія, активність II ступеня, II стадія, хронічний перебіг у фазі загострення з характерними ураженнями шкіри і прилеглих тканин; суглобів і м'язів з розвитком анкілозів і контрактур, кальцинозів, ураженнями серця (ендокардит з утворенням мітральної вади, Н I ст.); легень (дифузний пневмосклероз, ДН II ст.); стравоходу (езофагіт); трофічними порушеннями, ампутаційні культі 3-4 пальців лівої кисті.

Системна склеродермія, атипова форма, гострий перебіг, активність III ступеня, III стадія, ураження шкіри (вогнищевий набряк, телеангіектазії у ділянці обличчя); периферичних судин (синдром Рейно на руках і ногах); поліартрит, ФНС<sub>1</sub>; поліміозит, кальциноз, остеоліз кінцевих фаланг, кардіосклероз, Н<sub>1</sub>; пневмосклероз, ДН<sub>1</sub>; езофагіт, дуоденіт, вогнищевий гломерулонефрит, ХПН<sub>0</sub>; поліневрит.

Системна склеродермія, підгострий перебіг, активність III ступеня, II стадія, міокардит, інтерстиціальна пневмонія, езофагіт, хронічний дифузний гломерулонефрит, артралгія, вогнищеве ураження шкіри обличчя (індурація і атрофія).

Системна склеродермія, гострий перебіг, I стадія, I ступінь активності, поліартрит, ФН<sub>1</sub>; поліневрит.

Системна склеродермія, атипова форма, хронічний перебіг, I ст., I ступінь активності, вогнищеве ураження шкіри (кистей, обличчя), щільний набряк (індурація і атрофія), вогнищевий гломерулонефрит, ХНН<sub>0</sub>.

Системна склеродермія, переважно судинна форма, гострий перебіг, I ст., I ступінь активності, з різко вираженими судинотрофічними порушеннями на руках і ногах (синдром Рейно), телеангіектазії на обличчі, передпліччях, вогнищеве ураження шкіри обличчя, щільний набряк (індурація), артралгії.

Системна склеродермія, підгострий перебіг, II ст., II ступінь активності з ураженням судин (синдром Рейно, трофічні порушення), шкіри (щільного набряку пальців кистей); опорно-рухового апарату, серця, легень, шлунково-кишкового тракту, артрит, артралгія, міокардит, міокардіосклероз, Н<sub>1</sub>; езофагіт, панкреатит, гепатит, тощо.

*Клініко-морфологічна і функціональна характеристика уражень.*

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Слинних залоз і порожнини рота | Паренхіматозний паротит (рецидивуючий), збільшення слинних залоз, гіпофункція слинних залоз I, II, III ступеня, стоматит.   |
| 2. Сльозних залоз та очей         | Зниження виділення сліз I, II, III ступеня, сухий кератокон'юнктивіт (сухий кон'юнктивіт, епітеліальна дистрофія рогівки I, II, III ступеня, нитковий кератит, глибокий ксероз рогової оболонки). |
| 3. Ретикулоендотеліальної системи | Регіонарна (генералізована) лімфоаденопатія, гепатомегалія, спленомегалія, (псевдолімфома, лімфома).  |
| 4. Суглобів                       | Артралгія, рецидивуючий, неерозивний артрит.  |
| 5. Серозних оболонок              | Полісерозит (плеврит, перикардит), сухий, випітний.   |
| 6. Судин                          | Синдром Рейно, рецидивуюча гіперамаглобулінемічна і криоглобулінемічна пурпура.   |
| 7. Легень                         | Інтерстеціальна пневмонія, альвеолярний легеневий фіброз, рецидивуюча пневмонія.  |
| 8. Нирок                          | Канальцевий ацидоз, імунокомпетентний гломерулонефрит, дифузний гломерулонефрит.  |
| 9. Шлунково-кишкового тракту      | Гіпотонія стравоходу, атрофічний гастрит з секреторною недостатністю, панкреатит.   |
| 10. Нервової системи              | Полінейропатія, поліневрит, неврити трійчастого і лицьового нерва, цереброваскуліт  |

**Диференційна діагностика системної склеродермії з дифузним еозинофільним фасциїтом та іншими захворюваннями склеродермічної групи**

101

| Ознаки   | Дифузний еозинофільний фасциїт    | Системна склеродермія                            | Обмежена склеродермія                | Склеродерма Бушке      | Паранеопластичний склеродермічний синдром |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------|---|
| Співвідношення статей                                | Переважа чоловіків                | Перевага жінок                                   | Перевага жінок                       | Немає чіткої переваги  |   |
| Попередній фактор                                    | Фізичне перенапруження            | Охолодження, вібрація, нейроендокринні порушення | Травма, нейропсихічне перенапруження | Інфекція               | Пухлина                                   |
| Перший симптом                                       | Ущільнення тканин                 | Синдром Рейно, щільний набряк кистей, артралгії  | Вогнищеве ураження шкіри             | Ущільнення тканин      | Артралгії, ущільнення тканин              |
| Переважа локалізація індуративного процесу           | Гомілка та передпліччя            | Дистальні відділи кінцівок чи тотальне ураження  | Тулуб і кінцівки                     | Обличчя, плечовий пояс | Кінцівки, періартикулярне ураження        |
| Синдром Рейно  | Рідко "стертий"                   | 95–100%  | Відсутній                            |                        |   |
| Трофічна виразка                                     | Рідко (4,5%)                      | 85%  | 85%                                  | Відсутні               |   |
| Вісцеральні ураження                                 | Відсутні                          | Серця, стравоходу, легень, нирок                 | Відсутні                             |                        |   |
| Загальні симптоми (слабкість, схуднення, лихоманка)  | Рідко                             | Часто  | Відсутні                             |                        | Часто                                     |
| Еозинофілія  | 92%                               | Рідко  |                                      |                        |   |
| "Безсудинні" поля при біомікроскопічному дослідженні | Відсутні                          | 90%  | Відсутні                             |                        |   |
| Запальна клітинна інфільтрація фасції                | Виражена на ранніх етапах хвороби | Відсутня   |                                      |                        |   |
| Прогноз захворювання                                 | Сприятливий                       | Несприятливий                                    | Сприятливий                          |                        | Несприятливий                             |

## Лікування ССД

### 1. Антифіброзні засоби:

- D-пеніциламін (купреніл), починаючи з дози 150–300 мг на добу протягом перших двох тижнів у подальшому дозу поступово підвищуючи на 300 мг кожні 2 тижні до максимальної 1800 мг (протягом 2 місяців), у подальшому поступово знижуючи до підтримуючої дози — 300–600 мг на добу.

#### *Механізм дії D-пеніциламіну:*

- пригнічення надлишкового синтезу колагену фібробластами;
- зв'язування і видалення міді із організму, що приводять до активації колагенази, так як мідь є інгібітором колагенази; активація колагенази викликає розпад колагену;
- порушення дозрівання колагену, що прискорює розпад;
- пригнічення аутоімунного запалення.

В.О.Насонова рекомендує розпочинати лікування D-пеніциламіном з невеликих доз від 150 до 300 мг в день протягом 2-х тижнів, а потім кожні 2 тижні дозу збільшують на 300 мг до максимальної дози (1800 мг). Таку дозу хворий приймає протягом 2-х місяців, а потім поступово зменшують до підтримуючої 300–600 мг на добу.

Нові препарати D-пенциламіну — біоанодін і артамін приймають у дозі від 300–1200 мг залежно від клінічних проявів ССД.

#### *Побічна дія:*

- шкірні висипання, дерматит;
- диспептичні порушення;
- лейко-, тромбоцитопенія;
- ураження нирок;
- випадіння волосся.

Найбільш побічною дією є ураження нирок і пригнічення дії на систему кровотворення.

Також застосовують:

- мадекасол — екстракт рослин *Centella asiatica*, містить азіатинову і мадекасонову кислоту. Призначається в таблетках по 10 мг 3 рази на день протягом 3–6 місяців або у вигляді мазі на ділянки виразок протягом місяця;
- унітіол 5% розчин по 5–10 мл внутрішньом'язово через день або щоденно, 25 введень на курс, двічі на рік.

## 2. Ферментні препарати:

- лідаза курсами по 64 ОД підшкірно або внутрішньом'язово;
- ронідаза 0,5 г і більше наносить на серветку, яку накладають на уражену ділянку;
- трипси 5–10 мг внутрішньом'язово або методом електрофорезу;
- хімотрисин 5–10 мг внутрішньом'язово або методом електрофорезу;
- папаїн 35–70 ОД внутрішньом'язово або методом електрофорезу.

## 3. Нестероїдні протизапальні засоби:

- диклофенак (ортофен, вольтарен, диклоберл, наклофен) до 150 мг на добу;
- селективні інгібітори ЦОГ<sub>2</sub>-мелоксикам 7,5–15 мг на добу, німесулід 100–200 мг на добу, целекосиб 200 мг 1–2 рази на добу.

Застосування НПЗЗ В.А.Насонова вважає складовою частиною комплексного лікування хворих системним склерозом. НПЗЗ інгібують синтез протизапальних простагландинів, зменшують забезпечення енергією ділянки запалення, зменшують агрегацію тромбоцитів, володіють слабкою імунодепресивною дією. Найбільш часто застосовують вольтарен по 0,025 г х 3–4-рази на добу, вольтарен-ретард 0,075 г 1–2 рази на добу.

## 4. Глюкокортикостероїди (при підгострому і гострому перебігу з II–III стадіями активності):

- преднізолон 30 мг на добу (при III ст.), 20 мг (при II ст.), 50–60 мг (при ураженнях м'язів по типу поліміозиту).



### 5. Імунодепресанти:

- азатіоприн 100–200 мг на добу;
- циклофосфан 100–200 мг на добу;
- хлорбутин 8 мг на добу;
- метатрексат 5–10 мг на добу.

### 6. Блокатори кальцієвих каналів:

- ніфедіпін (корінфар) 30–80 мг на добу;
- верапаміл 120–240 мг на добу;
- фторідон 60–90 мг на добу.

### 7. Антиагреганти:

- пентоксифілін (трентал) 200–600 мг на добу перорально або 200–300 мг внутрішньовенно 1 раз на добу;
- дипіридамомл (курантил) 150–200 мг на добу;
- реополіглюкін 400 мл внутрішньовенно крапельно;
- клопідогрель (плавікс) 75 мг 1 раз на добу.

### 8. Ангіопротектори:

- пармідин (ангінін, продектин) починаючи з 0,25 г 3 рази на день, поступово збільшуючи дозу до 0,75 г 3 рази на день протягом 2–6 місяців. Протипоказаний при виражених порушеннях функції печінки.
- кальція добезилат (доксиум) — по 0,2 г 3–4 рази на день. Курс лікування від 3–4 тижнів до кількох місяців.
- кетансерін — селективний блокатор 5-НТ<sub>2</sub> рецепторів серотоніну 80–120 мг на добу.
- нікотинова кислота 1% 1 мл внутрішньом'язово 1 раз в день, протягом 20–30 днів, 2–3 рази на рік. Препарат має судиннорозширюючу дію, покращує мікроциркуляцію, активує фібриноліз
- ділмінал — препарат містить калікреїн (калігеназу). Випускається в ампулах по 10 ОД в 1,5 мл розчинника. Вводиться ділмінал внутрішньом'язово 1 раз в день, курс лікування — 15–20 ін'єкцій.
- солкосерил (актовегін) — екстракт крові телят, покращує метаболічні процеси в тканинах, мікроциркуляцію, сприяє регенерації тканин при трофічних виразках. Препарат вводять внутрішньом'язово по 2–4 мл 1 раз на день 12–14 днів, при добрій переносності можливо до 4–8 тижнів.

9. *Інгібітори АПФ:*

- каптоприл 50–150 мг на добу;
- лізиноприл (диротон) 5–10 мг на добу;
- периндоприл 4 мг на добу.

10. *Простагландини:*

- вазопростан (алпростаділ) 200 мкг в 250 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно протягом 3 годин щоденно або через день, 5–20 введень на курс.

11. *Антикоагулянти:*

- гепарин 5–10 тис.ОД кожні 6 годин підшкірно;
- фраксипарин 0,3 мл підшкірно (не менше 7 днів);
- синкумар в перший день 0,008–0,01 г (8–16 мг) 1 раз в день, поступово знижуючи (з урахуванням протромбінового індексу) дозу до підтримуючої (1–6 мг на добу);
- фенілін — починаючи з 0,12–18 г дозу поступово знижують до підтримуючої (0,03–0,06 г на добу).

12. *Лікувальна гімнастика, масаж і локальна терапія.*

*пія.*

13. Застосування *локальної терапії* у вигляді аплікацій димексиду, який володіє знеболюючою та протизапальною дією, забезпечує бактеріостатичний ефект, добре проникає через шкіру і здатний проводити через неї рідкі препарати (антибіотики, глюкокортикостероїди, НПЗЗ та ін.), а також пригнічує проліферацію фібробластів і, таким чином, гальмує розвиток сполучної тканини. Курс лікування 10–30 аплікацій по 30–40 хвилин. При добрій переносності призначають повторні курси або довготривалу (до року) терапію.

## ХВОРОБА ШЕГРЕНА

*Хвороба Шегрена* — це системне захворювання екзокринних епітеліальних залоз, головними клінічними ознаками якого є ксеростомія і ксерофтальмія. Поряд з хворобою Шегрена (первинний синдром Шегрена, сухий синдром Гужеро—Шегрена, атрофічна дакріосіалопатія, сухий ксерококон'юнктивіт Шегрена) розрізняють синдром Шегрена (СШ) у поєднанні з ревматоїдним артритом, ССД, СЧВ, ДМ, хронічним активним гепатитом, біліарним цирозом печінки і іншими аутоімунними захворюваннями.

Розрізняють 2 форми синдрому Шегрена: первинну (хвороба Шегрена) і вторинну. Первинний синдром (або хвороба Шегрена) характеризується запаленням екзокринних залоз (кератокон'юнктивіти, ксеростомії, паренхіматозний паротит) з розвитком їх секреторної недостатності, але при цьому відсутні системне захворювання сполучної тканини та інші аутоімунні захворювання.

Вторинний синдром Шегрена розвивається на фоні системних захворювань сполучної тканини (РА, системний склероз, СЧВ) або на фоні хронічного активного гепатиту, тиреоїдиту, фіброзуючого альвеоліту.

### Діагностичні критерії хвороби Шегрена:

#### 1. Сухий кератокон'юнктивіт:

а) зниження слезовиділення після стимуляції — тест Ширмера (норма — 10 мл/хв.);

б) забарвлення епітелію кон'юнктиви і рогівки бенгальським рожевим або флюоросцеїном з послідуною біомікроскопією.

#### 2. Паренхіматозний паротит:

а) знаходження порожнин понад 2 мм при сіалографії;

б) зниження секреції слини після стимуляції аскорбіною кислотою (або іншими стимуляторами) менше 2,5 мл/хв;

в) осередково-дифузна, дифузна лімфоплазмоеклітинна інфільтрація у біоптатах слинних залоз нижньої губи.

3. Лабораторні ознаки системного аутоімунного захворювання:

- а) позитивний (ревматоїдний) антинуклеарний фактор;
- б) виявлення антиядерних антитіл.

Діагноз визначеної хвороби Шегрена може бути встановлений при наявності двох перших критеріїв і виключення дифузних захворювань сполучної тканини, ревматоїдного артриту і аутоімунних гепатобіліарних захворювань. Діагноз імовірної хвороби Шегрена може бути встановлений при наявності 3-го критерію і одного з перших двох критеріїв.

### **Діагностичні критерії синдрому Шегрена: (Vitali e.a., 1993)**

#### **1. Суб'єктивні очні симптоми:**

Визначення: позитивна відповідь хоча б на одне з таких запитань:

а) чи турбувала Вас щоденна тривала сухість очей протягом більш, ніж 3 місяців?

б) чи повторювалось у Вас відчуття піску або манної крупи в очах?

в) чи використовуєте Ви штучні сльози понад 3 рази на день?

#### **2. Суб'єктивні симптоми в порожнині рота:**

Визначення: позитивна відповідь хоча б на одне з таких запитань:

а) чи турбувало Вас протягом 3-х місяців щоденно відчуття сухості у роті?

б) чи відзначали Ви у дорослому віці повторне або тривале припухання слинних залоз?

в) чи часто Ви запиваєте їжу аби полегшити її ковтання?

#### **3. Об'єктивні симптоми ураження очей**

Визначення: Достовірне ураження очей, встановлене на підставі позитивного результату хоча б одного з двох досліджень:

а) тест Ширмера (менше 5 мм протягом 5 хв.)

б) шкала при забарвленні бенгальським рожевим (понад 4 по Bijesterfeld)

#### **4. Гістопатологія:**

Визначення: Вогнищевий рахунок понад 1 при малій біопсії підшлункової залози (вогнище визначається як аг-

ломерація 50 мононуклеарних клітин; вогнищевий рахунок визначається як число осередків у 4 кв.мм залозистої тканини)

5. Ураження слинних залоз:

Визначення: Достовірне ураження слинних залоз, встановлене на підставі позитивного результату хоча б одного з трьох досліджень:

- а) скінтиграфія слинних залоз;
- б) сіалографія навколоушної залози;
- в) нестимульоване відтікання слини (менше 5 мл за 15 хв.).

6. Аутоантитіла:

- а) антитіла до Ro/SSA або La/SSB антигенів;
- б) антинуклеарні антитіла;
- в) ревматоїдний фактор.

Наявність вірогідного первинного синдрому (хвороби) Шегрена встановлюється, якщо є 4 і більше критеріїв (критерій 6 лише Ro/SSA або La/SSB антитіла). Достовірний вторинний синдром Шегрена вимагає наявності критеріїв 1 або 2 плюс два позитивних критерії 3, 4, 5.

### Робоча класифікація хвороби Шегрена

Характер перебігу: підгострий, хронічний.

Стадія розвитку: початкова, виражена, пізня.

Ступінь активності: I — мінімальний, II — помірний, III — високий.

### Лікування хвороби Шегрена

1. Глюкокортикостероїди:

- преднізолон — 10–40–60 мг залежно від активності процесу, наявності і виразності системних проявів (доцільно поєднувати з циклофосфаном або хлорбутином); поєднана пульс-терапія — 1000 мг метилпреднізолону в/в щоденно протягом 3 днів і 1000 мг циклофосфану в/в одноразово з поступовим переходом на помірні дози преднізолону.

2. Цитостатики (у поєднанні з глюкокортикоїдами при високій активності):

- хлорбутин (лейкеран) — 4–8 мг на добу;

- циклофосфан — 200 мг 1–3 раз на тиждень;
- азатиоприн — 100–150 мг на добу.

Цитостатики, поєднанні з глюкокортикостероїдами, показані при високому ступені активності (високі титри ревматоїдного фактора, ЦКК, хронічний паротит, генералізована лімфоденопатія). З цитостатиків при синдромі Шегрена рекомендують азатиоприн у дозах 100–150 мг на добу, лейкеран по 8–10 мг на добу в поєднанні з невеликими дозами преднізолону (5–10 мг на добу).

3. *НПЗЗ* — використовують. Якщо ступінь активності невисокий, ураження внутрішніх органів незначні. Найбільш часто призначають вольтарен (ортофен), піроксикам, вольтарен-ретард 0,075 г 1–2 рази в день. Ці препарати пригнічують аутоімунні процеси в уражених залозах, володіють протизапальною дією і покращують мікроциркуляцію.

4. *Амінохінолонові препарати* (у поєднанні з глюкокортикостероїдами):

- плаквеніл — 0,4 г на добу;
- далагіл — 0,25 г на добу.

5. *Еферентні методи*:

- плазмаферез;
- гемосорбція.

6. *Інгібітори протеолітичних ферментів*:

- контрикал 10–30 тис. ОД;
- трасілол 25–50 тис. ОД. крапельно, через день, 5 введень на курс.

7. *Антикоагулянти*:

- гепарин 5000 ОД 3–4 рази на день протягом 10–14 днів з поступовим зниженням дози.

8. *Ангіопротектори*:

- ксантинолу нікотинат (компламін, теонікол) по 0.15 г 3 рази на день протягом 30–40 днів;
- пармідін (ангінін, продектин) починаючи з 0,25 г 3 рази на день, поступово (за гарної переносності) підвищуючи дозу до 0,75 г 3 рази на день;
- солкосерил по 2–4 мл 1 раз на день протягом 20 днів;

- простагландин Е<sub>1</sub> (вазопростан) 20 мкг в 250 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно протягом 3 годин, через день або щоденно, 5–20 введень на курс.

**9. Імуномодулятори:**

- спленін 1 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 2 тижнів.

**10. Замісна терапія:**

- закапування кожні 2 години 5–10% розчину ацетилцистеїну, 0,5% розчину метилцелюлози, фізіологічного розчину, гемодезу;
- полоскання рота;
- бромгексин 8–16 мг 3 рази на добу протягом 2–3 місяців при сухості трахеї і бронхів.

**11. Місцеве лікування сіалоаденіту:**

- аплікації 30% р-ну димексиду з гідрокортизоном (125 мг), гепарином (25 тис.ОД) і 5% розчином аскорбінової кислоти;
- внутріпротокове введення метипреду 20–50 мг у 1 мл 1% розчину новокаїну.

Для покращення регенерації епітелію екзокринних залоз призначають солкосерил по 2 мл 1 раз на день протягом 20 днів.

Для місцевого лікування ксерофтальмії використовують носіння світлозахисних окулярів, регулярне закапування в очі препарату “штучні сльози” (1 % розчин метилцелюлози) 3–8 раз на день або 5–10% розчин ацетилцистеїну кожні 2 години. Використовують рибофлавін, закладання за повіки метилурацилової мазі для покращення регенерації рогівки і кон'юнктиви, закапування альбуміду, фурациліну, якщо приєднується інфекція.

При лікуванні ксеростомії часто використовують полоскання порожнини рота, застосування штучної слини, аплікації з гепарином, димексидом.

## ХВОРОБА БЕХЧЕТА

*Хвороба Бехчета* — це симптомокомплекс, який включає рецидивуючий афтозний стоматит, некротичні зміни у слизовій оболонці статевих органів і запальне ураження очей.

Поряд з класичною тріадою хвороби Бехчета в останній час клініка доповнена низкою інших симптомів — синовіітом, васкулітом, менінгоенцефалітом, ураженнями великих артерій і вен, кишечника. Обов'язковою ознакою є афтозний стоматит.

Примітка: Приведені дані відповідають хворобі Бехчета лише при відсутності іншого діагнозу.

Для достовірного діагнозу обов'язкова наявність рецидивного афтозного стоматиту і хоча б двох критеріїв з чотирьох.

### Діагностичні критерії (1992):

За відсутності інших клінічних пояснень пацієнти повинні вказувати на:

- рецидивуючі виразки у порожнині рота (афтозні або герпетиформні), які протягом останніх 12 місяців з'являлись не менше 3-х разів;
  - два симптоми з наступних:
1. Рецидивуючі виразки статевих органів.
  2. Ураження очей: передній увеїт, задній увеїт, виявлені офтальмологом при дослідженні щільовою лампою в скловидному тілі або васкуліт сітківки (80%).
  3. Ураження шкіри: вузловата еритема, псевдофолікуліт, папуло-пустульозне ураження або вугреподібні вузлики у пацієнтів постпубертатного періоду і приймаючих кортикостероїди (80%).
  4. Позитивний тест патергії (25–55%), тобто поява пустуло-папульозної висипки на місці простого уколу голкою в шкіру або внутрішкірної ін'єкції розчину NaCl після скритого періоду від 24 до 48 годин.

В одному з інших варіантів критеріїв серед головних критеріїв називають поверхневий тромбофлебіт, серед дода-



ткових — артрит або артралгії, епідидиміт, судинні симптоми і залучення центральної нервової системи..

Для достовірного діагнозу обов'язкова наявність рецидивуючого афтозного стоматиту і бодай двох критеріїв з чотирьох.

**Міжнародні критерії хвороби Бехчета**  
*(International Study group for Behcet's disease, 1990)*

| Критерій                                       | Визначення   |
|--|--|
| Рецидивуюче укривання виразками порожнини рота | Малі і (або) великі афти. Герпетичні виразки, рецидивуючі не менше, ніж 3 рази протягом 12 міс., виявлені лікарем або хворим   |
| Рецидивуючі виразки геніталій                  | Афтозні або такі, що зарубцюються виразки, виявлені лікарем або хворим   |
| Ураження очей                                  | Передній увеїт, задній увеїт, васкуліт сітківки, виявлені окулістом  |
| Ураження шкіри                                 | Вузловата еритема, виявлена лікарем або хворим, псевдофолікуліт або папуло-пустульозна висипка, виявлена лікарем у хворих, які не одержували глюкокортикостероїдну терапію і знаходяться у періоді постпубертатного розвитку |

Примітка: Приведені дані відповідають хвороби Бехчета лише при відсутності іншого діагнозу.

### Лікування хвороби Бехчета

1. *Імунодепресанти* протягом 6–12 місяців, підтримуюча доза 2–3 роки:

- циклофосфан 5 мг на кг маси тіла на добу;
- хлорбутин (лейкеран, хлорамбуцил) 0,1–0,2 мг на кг маси тіла;
- азатиоприн 2–2,5 мг на кг маси тіла.

2. *Глюкокортикостероїди*:

- преднізолон 10–15 мг при активній формі захворювання, при переважанні у клініці суглобового і шкірно-слизового синдромів

3. *Циклоспорин А* 5 мг на кг маси тіла при важких симптомах церебрального васкуліту, заднього увеїту

4. *Антикоагулянти*:

- гепарин
- варфарин

5. Симптоматична терапія за показами.

Останнім часом у лікуванні хвороби Бехчета використовують бонафтон в таблетках по 0,1 г або ацикловір в таблетках по 0,2 г 3 рази на день через 1 годину після їжі, курс лікування 20 днів.

Одночасно призначають антибіотики широкого спектру дії — рифампіцин всередину по 2 капсули (0,15 г) 2 рази на день протягом 20 днів або офлоксацин (таривід) по 0,25 г 2 рази на день, протягом 20 днів.

Одночасно призначають:

- оліговіт 1 драже на день під час їжі протягом 3–4 місяців;
- ретаболіл внутрішньом'язово 1 раз на 10 днів протягом 2 місяців;
- колхіцин по 0,5 г в таблетках 2 рази на день після їжі протягом багатьох місяців, навіть років;
- делагіл по табл. після вечері протягом 3–4 місяців, а при необхідності 10 місяців.

Якщо через 1,5–2 місяці не буде ефекту, то продовжують колхіцин, делагіл і додають преднізолон у дозі 1 мг/кг маси тіла пацієнта.

При неефективності лікування з додаванням преднізолону призначають циклофосфамід внутрішньовенно 100–125 мг кожного дня до сумарної дози 14 г або лейкерану по 0,2 г на добу протягом декількох років.

## РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛЬГІЯ

*Ревматична поліміальгія* — це системне запальне захворювання людей похилого віку, яке характеризується болями і скутістю в м'язах плечового і тазового поясу в поєднанні з лихоманкою, зниженням маси тіла, депресією, високими показниками активності процесу при лабораторних дослідженнях і нерідко з ознаками темпорального артеріїту.

### Діагностичні критерії:

- вік хворих понад 50 років;
- наявність болю або двобічної скутості в м'язах в двох чи трьох ділянок (шия, плечовий і тазовий пояс);
- двобічна болючість при пальпації;
- перевага вказаної локалізації болю протягом активної фази;
- гострий початок захворювання (протягом 2 тижнів);
- депресія і/або втрата маси тіла;
- ШОЕ понад 35 мм/год;
- симптоми протягом 2 місяців;
- обмежений рух у шийному відділі хребта, плечових і кульшових суглобах;
- загальна слабкість, підвищена втома, анорексія, зниження маси тіла, лихоманка, анемія.

Ревматична поліміальгія вважається вірогідною, якщо позитивні 3 критерії або є один критерій разом з скроневим артеріїтом

Слід пам'ятати про "німі" форми РП, при яких відсутній міальгічний синдром, а наявні астенія, депресія, виражені зміни лабораторних показників.

Диференційний діагноз слід проводити з системними васкулітами, поліміозитом, РА, системним поліостеоартрозом, паранеопластичним синдромом, полінейропатією.

При диференційній діагностиці з поліміозитом слід пам'ятати, що РП супроводжується тільки міальгіями, не має аміотрофій, підвищення сироваткової креатинфосфокинази і вираженої креатинурії.

При диференційній діагностиці РП і РА, слід мати на увазі, що при РА у похилому віці швидко розвивається симптоматика поліартриту з ураженнями дрібних суглобів кисті і ступні з характерними рентгенологічними даними.

Важко диференціювати РП з поліостеоартрозом, оскільки РП може з ним поєднуватись. Треба пам'ятати, що для поліостеоартрозу не так характерні виражені ознаки запалення і не такі особливості болю, як при РП.

### **Лікування ревматичної поліміалгії**

Вважають, що ревматична поліміалгія є варіантом гігантоклітинного васкуліту. У терапії цього захворювання використовують гормональні препарати — преднізолон 15 мг/добу, після розвитку ремісії дозу зберігають протягом 1 місяця, потім знижують на 1,25 мг кожні 5–7 днів аж до відміни препарату. Лікування протягом 10–15 місяців.

## ДИFUЗНИЙ ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ФАСЦІТ

*Дифузний еозинофільний фасціт* — це системне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням глибокої фасції (запалення з переходом у фіброз), підшкірної клітковини та прилеглих м'язів, дерми, що супроводжується еозинофілією і гіпергамаглобулінемією.

Характеризується більш гострим початком, порівняно з ССД.

Ранньою ознакою хвороби є ущільнення тканини у ділянці передпліччя, гомілки, супроводжується стягуванням шкіри, рідше сверблячкою і обмеженням рухів. Одночасно відзначаються міальгії або місцевий м'язовий біль, слабкість (слабкість в руках і ногах, особливо при підйомі по сходах). У подальшому процес розповсюджується на інші ділянки, крім пальців рук і ніг. Значно рідше у процес втягуються обличчя, шия. Ущільнення шкіри, як правило, не болюче, але хворі скаржаться на помірний спонтанний біль в уражених ділянках. У місцях ущільнення шкіра стає блискучою, натягнутою, інколи з гіперпігментацією і гіперкератозом. Своєрідна зміна шкіри у вигляді “апельсинової шкірки”.

Судинні зміни типу синдрому Рейно не характерні. Трофічні порушення також не спостерігаються.

Рідко бувають лихоманка (невисока), слабкість, похудіння.

З лабораторних даних для ДЕФ, перш за все, привертає увагу еозинофілія (6–52%) і гіпергамаглобулінемія. ШОЕ підвищується до 20–30 мм/год. Найвні С-реактивний білок, підвищення фібриногену, концентрації серомукоїду.

## ЗМІШАНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (Синдром Шарпа)

*Змішане захворювання сполучної тканини* — своєрідний клініко-імунологічний синдром системного ураження сполучної тканини запального характеру, що проявляється поєднанням окремих ознак ССД, дерматоміозиту, СЧВ, антитіл до розчиненого ядерного рибонуклеїнпротеїду у високіх титрах; прогноз більш сприятливий, ніж тих захворювань, з ознак яких складається синдром.

### Діагностичні критерії (Sharp, 1972):

1. Анти-ЕНА-антитіла специфічності U1-nRNP.

2. Характерні клінічні прояви хоча б двох системних захворювань, наприклад:

- системного червоного вовчака;
- склеродермії;
- міозиту;
- ревматоїдного артриту.

3. Хоча б 3 з таких основних симптомів:

- симптом Рейно;
- склеродермія;
- дифузний набряк кисті (припухлі пальці);
- проксимальна м'язова слабкість (міозит — типова ознака);
- синовіт.

Для діагнозу необхідна наявність всіх трьох критеріїв.

Клініка характеризується значним поліморфізмом клінічних ознак, а також їх більшим динамізмом.

У ранній період ЗЗСТ переважають “периферійні” ознаки, частіше пов’язані з початком ССД — артралгії, артриту, синдром Рейно, набряк пальців рук і ніг, лімфоаденопатія, лихоманка, міозити.

Типові шкіряні симптоми СЧВ і ДМ зустрічаються рідше. Значно рідше зустрічаються при синдромі Шарпа вісцерити.

З прогресуванням захворювання разом з “периферійними” ознаками значне місце займає вісцеральна патологія (гіпертонія стравоходу, базальний пневмофіброз, міокар-

дит), а також ознаки СЧВ (серозити, пневмоніт, ураження нирок, ЦНС, тощо), ознаки ССД (гіперпігментація, телеангіектазія), часто розвивається синдром Шегрена.

Наприкінці захворювання значно зменшується частота артралгій, набряків кисті, міозитів, лихоманки. Проявами серозитів є плевральні чи перикардіальні злуки.

Одночасно, при ЗЗСТ зустрічаються асептичні некрози голівок стегнових кісток, суглобів (двобічні некрози голівок плечової кістки), що характерно для хворих на СЧВ, а рентгенологічно — кальциноз м'яких тканин, остеоліз кінцевих фаланг пальців рук (характерні для ССД).

Важливим критерієм ЗЗСТ є рідкість ураження нирок, а при наявності — доброякісний перебіг, частіше при даному синдромі зустрічається полінейропатія.

При формулюванні діагнозу вказують патологію уражень внутрішніх органів, судин, шкіри, суглобів і їх ступінь функціональної недостатності.

### Лікування ЗЗСТ

1. Глюкокортикостероїди у малих і середніх дозах.
2. Цитостатики (при виражених побічних ефектах кортикостероїдів і при високій активності захворювання).
3. Симптоматична терапія.

## АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДІЛОАРТРИТ

*Анкілозуючий спонділоартрит* — це хронічне прогресуюче запальне захворювання суглобів, хребта, крижово-клубового з'єднання і навколохребтових тканин з анкілозуванням міжхребцевих суглобів, утворенням кіфозу і розвитком тугорухомості хребта.

### Діагностичні ознаки:

#### *А. Клінічні ознаки:*

- біль у нічні і ранкові години у попереково-крижовому та інших відділах хребта;
- біль по задній поверхні стегон;
- ранкова скутість у хребті;
- обмеження рухів в хребті (позитивні симптоми Тамайєра, Отта, Шобера);
- обмеження дихальної екскурсії (до 3 см);
- напруження м'язів спини, особливо в попереково-крижовому відділі;
- змінна фізіологічних згибів хребта (згладженість поперекового лордозу, "плоска спина", або, навпаки, посилення грудного кіфозу (позитивний синдром Форестьє);
- ознаки втягнення ілеосакральних з'єднань (біль при пальпації, симптоми Кушелєвського I-III. Менелля);
- ознаки запалення грудно-ключичних з'єднань, симфізу;
- ураження "кореневих" (плечових і кульшових) або периферійних суглобів;
- біль в п'ятах і сідничних горбах; ірит, іридоцикліт в анамнезі чи в теперішній час; ураження аорти, серця, нирок; обтяжена спадковість.

#### *Б. Рентгенологічні ознаки:*

- наявність двобічного сакроілеїту; утворення синдесмофітів;



- наявність ознак ураження тіл хребців (остеопороз, “квадратизація” тіл хребців, передній спондиліт);
- анкілоз міжхребцевих суглобів; дефект по задньо-верхній поверхні п’яткової кістки (результат тендиніту ахілового сухожилля чи ахілобурситу).

### ***В. Лабораторні ознаки:***

- прискорена ШОЕ;
- позитивні гострофазові реакції;
- HLA B-27;
- негативні реакції на ревматоїдний фактор.

### **Форми ураження хребта і суглобів при АС:**

1. *Центральна* — тільки ураження хребта.
2. *Периферійна* — крім хребта уражуються і периферійні суглоби (колінні, гомілковоступеневі, тощо).
3. *Скандинавська* — ураження хребта і дрібних суглобів кисті і стопи.
4. *Септичний варіант.*

#### Стадії:

- рання (I);
- розгорнута (II);
- пізня (III).

Ураження органів і систем (серцево-судинної, м’язової, нервової систем, шкіри, легень, шлунково-кишкового тракту, нирок, очей).

### **Рентгенологічні стадії по рентгенограмі клубово-крижового з’єднання:**

- I — псевдорозширення суглобового простору;
- II — стертість контурів з’єднання;
- III — повний анкліоз, зникнення суглобових щілин.

За активності процесу: 3 ступені активності (I–III).

За характером перебігу: повільно- і швидкопрогресуючий.

### Приклади формулювання діагнозів:

Анкілозуючий спонділоартрит, форма: центральна, периферійна, скандинавська, септичний варіант; стадії (I–III); ураження органів і систем (серцево-судинної, м'язової, шкіри, нирок, шлунково-кишкового тракту, очей, нервової системи, тощо, з указівкою недостатності кровообігу, дихання, артеріальної гіпертензії, ХНН), рентгенологічна стадія (I–III), активність (I–III), перебіг (малопрогресуючий і швидкопрогресуючий, функціональна недостатність).

Анкілозуючий спонділоартрит (хвороба Бехтерева) центральна форма, I ст. активність, стадія I, повільно-прогресуючий перебіг, функціональна недостатність I–III ст.

Анкілозуючий спонділоартрит (хвороба Бехтерева) з ураженням серця (недостатність аортального клапану, міокардіосклероз, II ст.), II ст. активності, II стадія, швидко-прогресуючий перебіг, ФН I–III ст.

Анкілозуючий спонділоартрит, центральна форма, повільно-прогресуючий перебіг, активність процесу I ст., стадія II, ФН I–III ст.

Анкілозуючий спонділоартрит, периферійна форма (ураження колінних, гомілково-ступневих суглобів), швидкопрогресуючий перебіг, активність I ст., стадія III, функціональна недостатність I–III ст.

#### *Характерні відмінності у симптоматиці анкілозуючого спонділоартриту та остеохондрозу*

| Симптоми                                   | Анкілозуючий спонділоартрит | Остеохондроз          |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Початок захворювання                    | Переважно до 40 років       | Після 40 років        |
| 2. Біль у м'язах                           | Характерний                 | Рідко                 |
| 3. Біль у хребті                           | Запального характеру        | Механічного характеру |
| 4. Артрит                                  | Часто                       | Відсутній             |
| 5. Болючість в малорухливих суглобах       | Завжди                      | Рідко                 |
| 6. Обмеження рухливості в хребті           | Рано                        | Рідко                 |
| 7. Напруга прямих м'язів спини             | Завжди                      | Рідко                 |
| 8. Клінічні ознаки сакроілеїту             | Часто                       | Відсутні              |
| 9. Рентгенологічні ознаки сакроілеїту      | Виникають рано              | Рідко                 |
| 10. Прискорення ШОЕ                        | Часто                       | Відсутні              |
| 11. Позитивні показники активності процесу | Часто                       | Відсутні              |

**Клініко-рентгенологічні та лабораторні диференційно-діагностичні ознаки периферійної форми анкілозуючого спонділоартриту, хвороби Рейтера та ревматоїдного артриту**

| Диференційно-діагностичні ознаки                                      | Анкилозуючий спонділоартрит  | Хвороба Рейтера | Ревматоїдний артрит |
|---|------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>I. Попередній</b>  |                              |                 |                     |
| 1. Інфекція сечостатевого або кишкового тракту                        | --+                          | ++++            | --                  |
| 2. Інфекція носоглотки  | +                            | --              | +++                 |
| <b>II. Характер початку</b>   |                              |                 |                     |
| гострий, підгострий   | ++                           | ++++            | ++                  |
| поступовий  | +++                          | +               | +++                 |
| <b>III. Клінічні ознаки:</b>  |                              |                 |                     |
| 1. Загальна ранкова скутість  | +                            | +               | ++++                |
| 2. Ранкова скутість в хребті  |                              | --              | --                  |
| 3. Ранковий біль у попереково-крижовому або /та інших відділах хребта | ++++                         | +               | +-                  |
| 4. Іррадіація болю у стегно   | ++++                         | +               | --                  |
| 5. Симетричний поліартрит доібних периферійних суглобів               | ++                           | +               | ++++                |
| 6. Моно-, олігоартрит середніх та великих суглобів нижніх кінцівок    | +--                          | ++              | +                   |
| 7. Раннє ураження кульшових суглобів                                  | +++                          | +--             | +                   |
| 8. "Сосископодібна" дефігурація пальців стопи                         | +                            | ++++            | +--                 |
| 9. Порушення осанки   | ++++                         | --              | --                  |
| 10. Обмеження рухів у хребті  | +++                          | --              | +--                 |
| 11. Напруга довгих м'язів спини                                       | +++                          | --              | +--                 |
| 12. Обмеження дихальної екскурсії огруддя                             | ++                           | --              | --                  |
| 13. Клінічні ознаки сакроілеїту                                       | +++                          | ++              | +                   |
| 14. Уретрит   | --                           | ++++            | --                  |
| 15. Простатит   | ++                           | ++++            | --                  |
| 16. Ірит, іридоцикліт   | +                            | --              | --                  |
| 17. Кон'юнктивіт  | +--                          | ++++            | --                  |
| 18. Ураження шкіри та слизових оболонок                               | +--                          | +++             | --                  |
| 19. Підшкірні ревматичні вузлики                                      | --                           | --              | ++                  |
| <b>IV. Рентгенологічні ознаки</b>                                     |                              |                 |                     |
| 1. Серопозитивний ревматичний артрит суглобів стопи                   | +--                          | +--             | +++                 |
| 2. Двобічний сакроілеїт   | ++++                         | ++              | +                   |
| 3. Синдесмофіти   | ++                           | --              | --                  |
| 4. Квадратизація тіл хребців  | +                            | +--             | --                  |
| 5. П'яточні шпори   | +++                          | ++++            | --                  |
| <b>V. Лабораторні ознаки</b>  |                              |                 |                     |
| 1. Виділення клебсієли  | +++                          | +               | +                   |
| 2. Хламідійна інфекція  | +--                          | ++++            | +--                 |
| 3. Ревматоїдний фактор  | --                           | --              | ++++                |
| (--)  | — ознака не зустрічається    |                 |                     |
| (+--)   | — зустрічається рідко, до 5% |                 |                     |
| (+)   | — зустрічається до 25%       |                 |                     |
| (++)  | — частота визначення 25–50%  |                 |                     |
| (+++)   | — 51–75%                     |                 |                     |
| (++++)  | — 76–100%                    |                 |                     |

## Лікування анкілозуючого спондилоартриту

### 1. Нестероїдні протизапальні засоби

- диклофенак (вольтарен) по 150–200 мг на добу;
- селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам 15–22,5 мг на добу, німесулід 100 мг 2 рази на добу, целекоксиб 100–200 мг на добу).

Протизапальні нестероїдні препарати застосовують довготривало. Зручним є застосування ретардних форм — метіндол-ретарду по 0,075 г 2 рази на день.

### 2. Сульфаніламідні препарати:

- сульфосалазин 2 г на добу.

Лікування сульфасалазином проводять протягом декількох місяців.

### 3. Глюкокортикостероїди:

- пульс-терапія (внутрішньовенно 1000 мг преднізолону щоденно протягом 3 днів)
- кеналог, метіпред, гідрокортизон внутрішньосуглобово при артриті периферичних суглобів.

Глюкокортикостероїди показані при високій активності хвороби і відсутності ефекту від НПЗЗ. При наявності вираженого поліартриту з сильним болем і припухлістю до НПЗЗ додають преднізолон по 15–20 мг на короткий час. В.М. Чепой рекомендує значно меншу дозу — 7,5–5 мг преднізолону.

4. Цитостатики: призначають лише при тяжкому перебігу захворювання — імуран по 50–100 мг, циклофосфамід по 50–100 мг, хлорбутин по 5–10 мг/добу. Лікування протягом 2–3 місяців.

### 5. Лікування м'язового спазму:

- мідокалм по 1 табл. 2–3 рази на день;
- скутаміл-С по 1 табл. 3 рази на день.

### 6. Лікувальна фізкультура.

### 7. Фізіотерапевтичне лікування.

### 8. Санаторно-курортне лікування.

## АРТРИТ, ПОЄДНАНИЙ З СПОНДІЛОАРТРИТОМ

У цю групу входять псоріатричний артрит, хвороба Рейтера, артрити при хворобі Крона, неспецифічний виразковий коліт.

Загальними клінічними ознаками серонегативних спонділоартритів є:

- відсутність ревматоїдного фактора;
- відсутність підшкірних ревматоїдних вузликів;
- запальний периферичний артрит з частою асиметрією;
- клінічні і рентгенологічні ознаки сакроілеїту, що поєднується з спонділоартритом;
- наявність ураження шкіри, слизових оболонок очей, статевих органів, шлунково-кишкового тракту;
- тенденція до сімейної агрегації; часте поєднання з антигеном гістосумісності;
- наявність клінічних перехрестів між захворюваннями, які входять в цю групу.

## РЕЦИДИВНИЙ ПОЛІХОНДРИТ І СИНДРОМ ТІТЦЕ

*Рецидивний поліхондрит (панхондрит, системна хондромаляція, хронічний атрофічний поліхондрит, тощо)* — це генералізоване прогресуюче запальне захворювання хрящової тканини з втягненням у процес органів чуття (очі, вуха, вестибулярний апарат), яке спричиняє структурні зміни хряща аж до його повного зникнення.

Перебіг захворювання може бути гострим, хронічним, рецидивуючим. Супроводжується збільшенням ШОЕ, анемією, гіпергамаглобулінемією.

Окремо виділяється поєднання рецидивуючого поліхондриту з ревматоїдним артритом, хворобою Шегрена, СЧВ, ССД, виразковим колітом.

Основні ознаки рецидивуючого поліхондриту (Е.Р. Агабабова, 1989 р.) наступні:

- запальні зміни вушних раковин, що супроводжуються почервонінням, припуханням, різкою болючістю при дотику, зниження слуху внаслідок запального набряку зовнішнього слухового проходу; у подальшому через розвиток фіброзних змін вушні раковини деформуються і відбувається obturacja слухових ходів;
- втягнення у патологічний процес хрящової перетинки носа, що проявляється його сідлоподібною деформацією (у 82%);
- лихоманка, частіше при перших атаках поліхондриту (у 81% хворих);
- суглобовий синдром (у 71–78%) у вигляді артралгій, періодичного поліартриту, ураження синхондрозів (лобковий симфіз, грудинно-дужкове з'єднання); синовіти у суглобах з припуханням та ексудативними змінами, болючість при дотику і обмеження рухливості; рентгенологічно — звуження суглобових щілин і ерозії кісток, що нагадують РА;
- ураження хрящів гортані і трахеї (70%), що проявляється болючістю при дотику до них; залучення у процес дрібних бронхів обумовлює колапс легень, який веде до дихальної недостатності, а інколи і асфіксії;
- ураження очей (60%) — епісклерити, ірити, кон'юнктивіти.

Рідше уражаються реберні хрящі, вестибулярний апарат, дуга і клапани аорти з розвитком аортальної недостатності.

*Синдром Тітце* — доброякісне захворювання, яке характеризується потовщенням і болючістю передніх кінців I, III, IV ребер. Хрящ ребер гіпертрофований і викривлений.

## **Лікування рецидивного поліхондриту і синдрому Тітце**

### **1. Глюкокортикостероїди:**

- преднізолон 30–60 мг на добу, підтримуюча доза 5–15 мг на добу.

### **2. Цитостатики:**

- хлорамбуцил 4–6 мг на добу;
- азатиоприн 150–200 мг на добу;
- циклофосфан 1–1,5 мг на кг маси тіла на добу.

### **3. Дапсон 50–200 мг на добу, підтримуюча доза 50 мг на добу, через день.**

### **4. Нестероїдні протизапальні засоби:**

- диклофенак 50 мг 2 рази на добу;
- інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам 7,5–15 мг на добу, німесулід 100 мг 1–2 рази на добу, целекосиб 200 мг 1–2 рази на добу).

## Ревматичні захворювання у рубриках МКХ –10

### *Клас IX. Хвороби системи кровообігу*

**I00–I02 — Гостра ревматична лихоманка**

**I00 — Ревматична лихоманка без згадування про залучення серця**

*Артрит ревматичний гострий або підгострий*

**I01 — Ревматична лихоманка з залученням серця**

**I01.0 — Гострий ревматичний перикардит**

*Любий стан, що відноситься до рубрики I00 у сполученні з перикардитом*

*Ревматичний перикардит (гострий)*

**I01.2 — Гострий ревматичний міокардит**

*Любий стан, що відноситься до рубрики I00 у сполученні з міокардитом*

**I01.8 — Інші гострі ревматичні захворювання серця**

*Любі стани, що відносяться до рубрики I00 у сполученні з іншими або множинними формами станів з залученням серця*

*Гострий ревматичний панкардит*

**I01.9 — Гостра ревматична хвороба серця неуточнена**

*Любий стан, що відноситься до рубрики I00 у сполученні з неуточненою формою ураження серця*

*– ревматичний кардит, гострий*

*– захворювання серця, активне або гостре*

**I02 — Ревматична хорея**

**I02.0 — Ревматична хорея з залученням серця**

*Хорея БДУ з залученням серця*

*Ревматична хорея з залученням серця любого з вказаних в рубриці I.01. — типу*

**I02.9 — Ревматична хорея без залучення серця**

*Ревматична хорея БДУ*

**I05–I09 — Хронічні ревматичні захворювання серця**

**I05.0 — Мітральний стеноз**

*Звуження мітрального клапана (ревматичне)*

**I05.1 — Ревматична недостатність мітрального клапана**

*Ревматична мітральна:*

*– функціональна недостатність*

*– регургітація*



- I05.2 — Мітральний стеноз з недостатністю  
Мітральний стеноз з функціональною недостатністю або регургітацією
- I05.8 — Інші хвороби мітрального клапана  
Мітральна (клапанна недостатність)
- I05.9 — Хвороба мітрального клапана неуточнена  
Мітральне (клапанне) порушення (хронічне) БДВ
- I06 — Ревматичні захворювання аортального клапана
- I06.0 — Ревматичний аортальний стеноз  
Ревматичне звуження аортального клапана
- I06.1 — Ревматична недостатність аортального клапана  
*Ревматична аортальна:*  
- *недостатність*  
- *регургітація*
- I06.2 — Ревматичний аортальний стеноз з недостатністю  
Ревматичний аортальний стеноз з функціональною недостатністю або регургітацією
- I06.8 — Інші ревматичні захворювання аортального клапана
- I06.9 — Ревматична хвороба аортального клапана неуточнена  
Ревматична аортальна (клапанна) хвороба БДВ
- I07 — Ревматичні захворювання тристулкового клапана
- I07.0 — Трикуспідальний стеноз  
Трикуспідальний (клапанний) стеноз (ревматичний)
- I.07.1 — Трикуспідальна недостатність  
Трикуспідальна (клапанна) недостатність (ревматична)
- I07.2 — Трикуспідальний стеноз з недостатністю
- I07.8 — Інші хвороби тристулкового клапана
- I07.9 — Хвороба тристулкового клапана неуточнена  
Порушення функції тристулкового клапана БДУ
- I08 — Ураження декількох клапанів
- I08.0 — Сполучне ураження мітрального і аортального клапанів  
Ураження як мітрального, так і аортального клапанів, уточнене або неуточнене, як ревматичне
- I08.1 — Сполучне ураження мітрального і тристулкового клапанів

I08.2 — Сполучне ураження аортального і тристулкового клапанів

I08.3 — Сполучне ураження аортального і тристулкового клапанів

I08.8 — Інші множинні захворювання клапанів

I08.9 — Множинне ураження клапанів, неуточнене

I09 — Інші ревматичні захворювання серця

I09.0 — Ревматичний міокардит

I09.1 — Ревматичні захворювання ендокарда, клапан не уточнений

*Ревматичний:*

– ендокардит (хронічний)

– вальвуліт (хронічний)

I09.2 — Хронічний ревматичний перикардит

*Злипливий перикардит ревматичний*

*Хронічний ревматичний:*

– медіастиноперикардит

– міоперикардит

I09.8 — Інші уточнені ревматичні захворювання серця

*Ревматична хвороба легеневого клапана*

I09.9 — Ревматичні захворювання серця, неуточнені

*Ревматичний (а):*

– кардит

– серцева недостатність

***Клас XIII. Хвороби кістково-м'язевої системи і сполучної тканини (M00–M99)***

**Артропатії (M00–M25)** — порушення які уражують переважно периферичні суглоби (кінцівок)

M00 — Піогенний артрит

M01 — Пряме інфікування суглоба при інфекційних і паразитарних захворюваннях

M02 — Реактивні артропатії

M02.0 — Артропатія, що супроводжує кишковий шунт

M02.1 — Післядизентерійна артропатія

M02.2 — Післяімунізаційна артропатія

M02.3 — Хвороба Рейтера

M02.8 — Інші реактивні артропатії

- M09 — Реактивна артропатія, неуточнена  
 Запальні поліартропатії (M05–M14)
- M05 — Серопозитивний ревматоїдний артрит  
*Ревматоїдний артрит:*
- юнацький
  - хребта
- M05.0 — Синдром Фелті  
 Ревматоїдний артрит з спленомегалією і лейкопенією
- M05.1 — Ревматоїдна хвороба легень (J99.0)
- M05.2 — Ревматоїдний васкуліт
- M05.3 — Ревматоїдний артрит з залученням інших органів і систем  
*Ревматоїдний (а):*
- кардит
  - ендокардит
  - міопатія
  - поліневропатія
- M05.8 — Інші серопозитивні ревматоїдні артрити
- M05.9 — Серопозитивний ревматоїдний артрит, неуточнений
- M06 — Інші ревматоїдні артрити
- M06.0 — Серонегативний ревматоїдний артрит
- M06.1 — Хвороба Стіла, що розвинулась у дорослих
- M02 — Ревматоїдний бурсит
- M03 — Ревматоїдний вузлик
- M04 — Запальна поліартропатія
- M06.8 — Інші уточнені ревматоїдні артрити
- M06.9 — Ревматоїдний артрит, неуточнений
- M07 — Псоріатичні і ентеропатичні артропатії
- M07.0 — Дистальна міжфалангова псоріатична артропатія
- M07.1 — Мутилоючий артрит
- M07.2 — Псоріатичний спондиліт
- M07.3 — Інші псоріатичні артропатії
- M07.4 — Артропатія при хворобі Крона
- M07.5 — Артропатія при виразковому коліті
- M07.6 — Інші ентеропатичні артропатії
- M08 — Юнацький (ювенільний) артрит
- M.08.1 — Юнацький анкілозуючий спондиліт
- M08.2 — Юнацький артрит з системним початком

*Хвороба Стілла БДУ*

M08.3 — Юнацький поліартрит (серонегативний)

*Хронічний ювенільний поліартрит*

M08.8 — Інші юнацькі артрити

M08.9 — Юнацький артрит, неуточнений

M09 — Юнацький (ювенільний) артрит при хворобах, не кваліфікованих в інших рубриках

M09.0 — Юнацький артрит при псоріазі

M09.1 — Юнацький артрит при хворобі Крона

M09.2 — Юнацький артрит при виразковому коліті

M09.8 — Юнацький артрит при інших захворюваннях, класифікованих в інших рубриках

M10 — Подагра

M10.0 — Ідіопатична подагра

– *подагричний бурсит*

– *первинна подагра*

– *подагричні вузли (уратні тофуси)*

M10.1 — Свинцева подагра

M10.2 0 — Медикаментозна подагра

M10.3 — Подагра з порушеннями ниркових функцій

M10.4 — Інша вторинна подагра

M10.9 — Подагра неуточнена

M11 — Інші кристалічні артропатії

M11.0 — Відкладання гідроксиапатиту

M11.1 — Спадковий хондрокальциноз

M11.2 — Інший хондрокальциноз

*Хондрокальциноз БДУ*

M11 — Інші уточнені кристалічні артропатії

M12 — Інші специфічні артропатії

M12.0 — Хронічна постревматична артропатія (Жакку)

M12.1 — Хвороба Кашина-Бека

M12.2 — Ворсинчасто-вузликовий синовіт

M12.3 — Паліндромний ревматизм

M12.4 — Інтермітуючий гідрартроз

M12.5 — Травматична артропатія

M12.8 — Інші уточнені артропатії, не класифіковані в інших рубриках

M13 — Інші артрити

M13.0 — Поліартрит неуточнений

*Синдром Гудпасчера*

M31.1 — Тромботична мікроангіопатія

M31.2 — Смертельна серединна гранульома

M31.3 — Гранульоматоз Вегенера

*Некротизуючий респіраторний гранулематоз*

M31.4 — Синдром дуги аорти (Такаясу)

M31.5 — Гігантоклітинний артеріїт з ревматичною поліміальгією

M31.6 — Інші гігантоклітинні поліартеріїти

M31.8 — Інші уточнені некротизуючі васкулопатії

*Гіпокомплементамичний васкуліт*

M31.9 — Некротизуюча васкулопатія, неуточнена

M32 -- Системний червоний вовчак

M32.0 — Медикаментозний червоний вовчак

M32.1 — Системний червоний вовчак з ураженням інших органів і систем

*Хвороба Лібмана–Сакса*

*Перикардит при системному червоному вовчаку*

*Системний червоний вовчак з:*

– ураженням нирок

– ураженням легень

M32.8 — Інші форми системного червоного вовчака

M32.9 — Системний червоний вовчак, неуточнений

M33 — Дерматополіміозит

M33.0 — Юнацький дерматоміозит

M33.1 — Інші дерматоміозити

M33.2 — Поліміозит

M33.9 — Дерматополіміозит, неуточнений

M34 — Системний склероз

M34.0 — Прогресуючий системний склероз

M34.1 — Синдром (CREST)

Поєднання кальцинозу, синдрому Рейно, дисфункції стравоходу, склеродактилії і телеангіектазії

M34.2 — Системний склероз, викликаний медикаментозними засобами і хімічними сполуками

M34.8 — Інші форми системного склерозу

Системний склероз з:

– ураженням легень

– міопатією

M34.9 — Системний склероз, неуточнений

M35 — Інші системні ураження сполучної тканини

M35.0 — Сухий синдром (Шегрена)

Синдром Шегрена з:

– кератокон'юнктивітом

– ураженням легень

– міопатією

– тубулоінтерстиціальними ураженнями нирок

M35.1 — Інші перехрестні синдроми

*Змішане захворювання сполучної тканини*

M35.2 — Хвороба Бехчета

M35.3 — Ревматична поліміалгія

M35.4 — Дифузний (еозинофільний) фасциїт

M35.5 — Багатовогнищевий фібросклероз

M35.6 — Рецидивний панікуліт Вебера–Крисчена

M35.7 — Гіпермобільний синдром надлишкової рухомості

M35.8 — Інші уточнені системні ураження сполучної тканини

M35.9 — Системні ураження сполучної тканини, неуточнені

Аутоімунна хвороба БДУ

Колагенова (васкулярна) хвороба БДУ

M36 — Системні ураження сполучної тканини при захворюваннях, кваліфікованих в інших рубриках

**Дорсопатії (M40–M54)**

*Деформуючі дорсопатії (M40–M43)*

M.42 — Остеохондроз хребта

M.42 — Юнацький остеохондроз хребта

*Хвороба Кальве*

*Хвороба Шейєрмана*

M42.1 — Остеохондроз хребта у дорослих

M42.9 — Остеохондроз хребта, неуточнений

**Спонділопатії (M45–M49)**

M45 — Анкілозуючий спондиліт

Ревматоїдний артрит хребта

M46 — Інші запальні спонділопатії

*Хвороби м'яких тканин (M60–M79)*

*Хвороби м'язів (M60–M73)*

M60 — Міозит

- M60.0 — Інфекційний міозит
- M60.1 — Інтерстиціальний міозит
- M.60.2 — Гранульома м'яких тканини, викликана попаданням чужорідного тіла
- M60.8 — Інші міозити
- M60.9 — Міозит неуточнений
- M61 — Кальцифікація і осифікація м'яза
- M61.0 — Міозит осифікуючий травматичний
- M61.1 — Міозит осифікуючий прогресуючий
- M61.2 — Паралітична кальцифікація і осифікація м'яза  
*Осифікуючий міозит у сполученні з квадриплегією або тетраплегією*
- M61.3 — Кальцифікація і осифікація м'яза, пов'язані з опіками  
Осифікуючий міозит, пов'язаний з опіками
- M61.4 — Інша кальцифікація м'яза
- M61.9 — Кальцифікація і осифікація м'яза, неуточнені
- M62 — Інші ураження м'яза
- Остеопатії і хондропатії (M80–M94)***
- Порушення щільності і структури кістки (M80–M85)***
- M80.0 — Постменопаузний остеопороз з патологічним переломом
- M80.1 — Остеопороз з патологічним переломом після видалення яєчників
- M80.2 — Остеопороз з патологічним переломом, викликаний знерухомістю
- M80.3 — Постхірургічний остеопороз з патологічним переломом, викликаний порушеннями всмоктування у кишечнику
- M80.4 — Медикаментозний остеопороз з патологічним переломом
- M80.5 — Ідіопатичний остеопороз з патологічним переломом
- M80.8 — Інший остеопороз з патологічним переломом
- M80.9 — Остеопороз з патологічним переломом, неуточнений
- M81 — Остеопороз без патологічного перелому
- M81.0 — Постменопаузний остеопороз
- M81.1 — Остеопороз після видалення яєчників

- M81.2 — Остеопороз викликаний знерухомленістю
- M81.3 — Постхірургічний остеопороз, викликаний порушенням всмоктування
- M81.4 — Медикаментозний остеопороз
- M81.5 — Ідіопатичний остеопороз
- M81.6 — Локалізований остеопороз (Лекена)
- M81.8 — Інші остеопорози
- Старечий остеопороз*
- M81.9 — остеопороз неуточнений
- M82 — Остеопороз при захворюваннях, класифікованих в інших рубриках
- M82.0 — Остеопороз при множинному мієломатозі
- M.82.1 — Остеопороз при ендокринних порушеннях
- M82.8 — Остеопороз при інших захворюваннях, класифікованих в інших рубриках



## ЛІТЕРАТУРА:

1. Госпітальна терапія / Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та ін.; За ред. Є.М. Нейка. — К.: Здоров'я, 2003. — 1176 с. Розділ 6. Ревматичні хвороби. Дифузні захворювання сполучної тканини. С.916–1047.

2. Диагностические и классификационные критерии воспалительных ревматических заболеваний. — Постдипломное образование врача. — Москва, 1998. — 32 с.

3. Доктор. Журнал для практикующих врачей. — 2002. — №1. Ревматические заболевания. — 96 с.

4. Зборовский А.Б., Зборовская И.А. Внутренние болезни: Справочник / Под ред. Ф.И. Комарова. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — 560 с.

5. Катеренчук І., Ткаченко Л. Немедикаментозні та медикаментозні методи локальної навколосуглобової терапії у хворих із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів // Ліки України. — 2003. — №10. — С. 81–84.

6. Материалы украинской ревматологической школы. — К.: Четверта хвиля, 2002. — 168 с.

7. Ревматические болезни: критерии диагностики и программы лечения. Под ред. Коваленко В.Н. — К.: КомПолиС, 1999. — 123 с.

8. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. Под ред. В.Н. Коваленко, Н.М. Шубы. — Киев, 2002. — 214 с.

9. Справочник ревматолога / Руденко Н.Б., Лещинский А.Ф., Остапчук Н.А. и др. — К.: Здоров'я, 1984. — 176 с.

## ЗМІСТ

|   |     |
|---|-----|
| ПЕРЕДМОВА .....   | 3   |
| СПИСОК СКОРОЧЕНЬ .....  | 5   |
| РЕВМАТИЗМ .....   | 7   |
| РЕАКТИВНІ АРТРИТИ .....   | 22  |
| АРТРИТИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФЕКЦІЄЮ.....                             | 25  |
| ХВОРОБА (СИНДРОМ) РЕЙТЕРА.....                                  | 26  |
| ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ.....  | 31  |
| РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....  | 35  |
| ПОДАГРА.....  | 51  |
| ПРОФОСФАТНА АРТРОПАТІЯ (псевдоподагра,<br>хондрокальциноз)..... | 60  |
| ОСТЕОАРТРОЗ.....  | 63  |
| СИСТЕМНІ ВАСКУЛІТИ.....   | 72  |
| ВУЗЛИКОВИЙ ПОЛІАРТЕРІЇТ.....                                    | 73  |
| ГРАНУЛЕМАТОЗНІ АРТЕРІЇТИ.....                                   | 79  |
| ГРАНУЛЕМАТОЗНИЙ АРТЕРІЇТ ВЕГЕНЕРА .....                         | 79  |
| СИНДРОМ ХОРТОНА.....  | 81  |
| СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК .....                                 | 82  |
| ДЕРМАТОМІОЗИТ (ПОЛІМІОЗИТ).....                                 | 91  |
| СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ, СИСТЕМНИЙ СКЛЕРОЗ .....                  | 96  |
| ХВОРОБА ШЕГРЕНА .....   | 106 |
| ХВОРОБА БЕХЧЕТА .....   | 111 |
| РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛЬГІЯ.....                                    | 114 |
| ДИФУЗНИЙ ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ФАСЦІЇТ .....                            | 116 |
| ЗМІШАНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ<br>(Синдром Шарпа) ..... | 117 |
| АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДІЛОАРТРИТ .....                               | 119 |
| АРТРИТ, ПОЄДНАНИЙ З СПОНДІЛОАРТРИТОМ .....                      | 124 |
| РЕЦИДИВНИЙ ПОЛІХОНДРИТ І СИНДРОМ ТІТЦЕ.....                     | 124 |
| Ревматичні захворювання у рубриках МКХ –10.....                 | 127 |
| ЛІТЕРАТУРА: .....   | 138 |

Ждан В.М., Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А.

**РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**  
**(діагностика, диференційний діагноз,**  
**лікування)**

Підписано до друку 14.12.2004р. Формат 60x84/16  
Папір офсетний, друк офсетний. Обл.-видавничих аркушів 7,5.  
Тираж 300. Вид. № 211.

Видавництво "Полтавський літератор"  
36014, м. Полтава, вул. Пушкіна, 115, тел. 56-29-58

Друк: ТОВ "Плюс" м. Полтава, пров. Промисловий, 3/5,  
тел. : 56-86-05, 509-718,