

У К Р А Ї Н С Ь К И Й

РЕВМАТОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

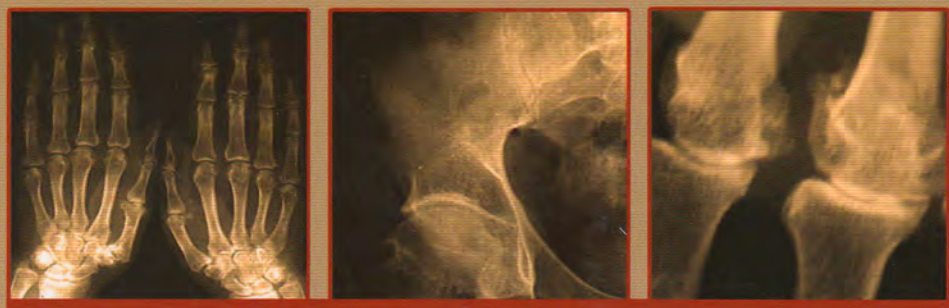
2(48)-2012

ІСТОРІЯ РЕВМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ В ОБЛИЧЧЯХ

ТЮТЮНОПАЛІННЯ І РОЗВИТОК РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ:
СКЛАДАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПАЗЛА

РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПОЛІХОНДРИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ГОНАРТРОЗУ
У ХВОРИХ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ



УКРАЇНСЬКИЙ РЕВМАТОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

UKRAINIAN JOURNAL OF RHEUMATOLOGY

Науково-практичний журнал

№ 2 (48) — 2012

ЗМІСТ

Головний редактор:

В.М. Коваленко

Заступники головного редактора:

Н.М. Шуба, О.П. Борткевич

Редакційна рада:

К.М. Амосова, В.Й. Ведмідь, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, О.С. Гавриш, Г.В. Гайко, І.Ю. Головач, Л.Г. Гропу, Л.Б. Гутман, Г.В. Дзяк, В.М. Ждан, Є.Ф. Заремба, М.Ф. Зінковський, М.Г. Ілляш, Г.В. Книшов, В.М. Коваленко, М.О. Корж, В.Ф. Кубишкін, В.М. Левенець, Г.І. Лисенко, П.С. Мошчич, Л.С. Мхітарян, В.З. Нетяженко, В.В. Поворознюк, С.М. Поливода, А.В. Руденко, В.Г. Руденко, А.С. Свінціцький, О.В. Синяченко, Л.Л. Ситар, Є.Т. Склярєнко, І.К. Слезевська, М.Ф. Сорока, М.І. Швед, Р.І. Яцишин

Відповідальний секретар:

Ю.В. Білявська

Засновник:

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

Рекомендовано

Вченою радою Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»
Протокол № 5 від 14.05.2012 р.

Атестовано

Вищою атестаційною комісією України
Перелік № 6 постанови Президії ВАК № 1-03/8
від 11.11.2000 р.

Видавець ТОВ «МОРІОН»

02140, Київ, просп. Бажана, 10А
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)
E-mail: public@morion.kiev.ua
Internet: http://www.morion.kiev.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 3901 від 22.12.1999 р.

Підписано до друку 14.06.2012 р. Формат 60×84¹/₈.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 7,9. Обл.-вид.
арк. 9,18. Наклад 800 прим. Зам. № 12-187.

Видруковано у видавництві «Фенікс»
03067, Київ, вул. Шутова, 13Б

Адреса редакції:

03680, Київ, вул. Народного ополчення, 5,
Національний науковий центр «Інститут кардіології
ім. М.Д. Стражеска»
редакція «Українського ревматологічного журналу»
Тел.: (044) 275-66-22, 271-96-04
Факс: (044) 275-42-09
E-mail: uic@mbox.com.ua

Оформити передплату за безготівковим
розрахунком можна у видавництві «МОРІОН»
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)

Цілковите або часткове розмноження в будь-який
спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу видавця

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець. Знаком □ помічено
матеріали, що друкуються на правах реклами

© ТОВ «МОРІОН», 2012

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

ТЮТЮНОПАЛІННЯ І РОЗВИТОК РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ:
СКЛАДАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПАЗЛА

В.М. Коваленко, І.Ю. Головач, О.П. Борткевич..... 5

ПРИЧИННІСТЬ ТА ЇЇ РОЛЬ У ГЕНЕЗИСІ РУЙНУВАННЯ
СУГЛОБІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЗУМОВЛЕНИХ
СПАДКОВОЮ СХИЛЬНІСТЮ (НА МОДЕЛІ КОЛІННОГО СУГЛОБА)

Б.І. Сіменач, О.П. Бабуркіна..... 37

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ
ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СУГЛОБІВ
ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНТРОЛЮ БОЛЮ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

О.В. Куряча, О.Ю. Нода, Т.К. Лисунець..... 14

ЦИТОКІНОВІ МАРКЕРИ АКТИВНОСТІ ЮВЕНІЛЬНОГО
ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ

Я.Є. Бойко, В.П. Чернишов..... 19

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

АЕРТАЛ — АНАЛЬГЕТИЧНИЙ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЕФЕКТ
ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Р.М. Балабанова..... 25

ДОДАТКОВИЙ ВПЛИВ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛУ
НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ І МІЦНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ
У ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ПЕРІОД ЗІ ЗНИЖЕНОЮ
КІСТКОВОЮ МАСОЮ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ АЛЕНДРОНАТ

Дайджест..... 48

ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

ОСОБЛИВОСТІ СУБКЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

О.Р. Боярчук..... 28

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ГОНАРТРОЗУ
У ХВОРИХ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Н.М. Шуба, Т.М. Тарасенко..... 33

ЛІКАРЮ-ПРАКТИКУ

РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПОЛІХОНДРИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

В.М. Ждан, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна, О.Є. Кітура,
М.В. Ткаченко, О.В. Гордієнко..... 42

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Ю.О. Маніщенкова, Н.Б. Некрасова,
О.О. Вертій, В.В. Корнієнко..... 44

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Л.І. Рудюк..... 53

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

ПРОФЕСОР ХУЛУСІ БЕХЧЕТ — ВІДОМИЙ ТУРЕЦЬКИЙ
ДЕРМАТОЛОГ, ЯКИЙ ОПИСАВ ХВОРОБУ БЕХЧЕТА.
ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ І ОПИСУ ХВОРОБИ

І.Ю. Головач..... 56

ІСТОРІЯ РЕВМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ В ОБЛИЧЧЯХ

О.В. Синяченко..... 60

РЕДАКЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

ВИМОГИ ДО ПУБЛІКАЦІЙ..... 67

СОДЕРЖАНИЕ

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

КУРЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: СЛОЖЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАЗЛА <i>В.Н. Коваленко, И.Ю. Головач, О.П. Борткевич</i>	5
ПРИЧИННОСТЬ И ЕЕ РОЛЬ В ГЕНЕЗИСЕ РАЗРУШЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ (НА МОДЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА) <i>Б.И. Сименач, Е.П. Бабуркина</i>	37

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ БОЛИ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>А.В. Курята, О.Ю. Нада, Т.К. Лысунец</i>	14
ЦИТОКИНОВЫЕ МАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА <i>Я.Е. Бойко, В.П. Чернышев</i>	19

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

АЗРТАЛ - АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Р.М. Балабанова</i>	25
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ И ПРОЧНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД СО СНИЖЕННОЙ КОСТНОЙ МАССОЙ, ПРИНИМАЮЩИХ АЛЕНДРОНАТ <i>Дайджест</i>	48

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>О.Р. Боярчук</i>	28
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ГОНАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕННОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ <i>Н.М. Шуба, Т.Н. Тарасенко</i>	33

ВРАЧУ-ПРАКТИКУ

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>В.Н. Ждан, Е.М. Китуря, М.Ю. Бабанина, О.Е. Китуря, М.В. Ткаченко, Е.В. Гордиенко</i>	42
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ <i>Ю.А. Манищенко, Н.Б. Некрасова, О.А. Вертий, В.В. Корниенко</i>	44

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Л.И. Рудюк</i>	53
---	----

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

ПРОФЕССОР ХУЛУСИ БЕХЧЕТ - ИЗВЕСТНЫЙ ТУРЕЦКИЙ ДЕРМАТОЛОГ, ОПИСАВШИЙ БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА. ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И ОПИСАНИЯ БОЛЕЗНИ <i>И.Ю. Головач</i>	56
ИСТОРИЯ РЕВМАТОЛОГИИ УКРАИНЫ В ЛИЦАХ <i>О.В. Синяченко</i>	60

РЕДАКЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИЯМ	67
--------------------------------	----

CONTENTS

OPINION

SMOKING AND DEVELOPMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS: PATHOGENETIC PUZZLES COMPLETION <i>V.N. Kovalenko, I.Yu. Golovach, O.P. Bortkevych</i>	5
CAUSALITY AND ITS ROLE IN GENESIS OF DESTRUCTION OF JOINTS OF CONDITIONED BY THE INHERITED PREDISPOSITION (ON THE MODEL OF KNEE-JOINT) <i>B. Simenach, E. Baburkina</i>	37

ORIGINAL INVESTIGATIONS

PECULIARITIES OF CHRONIC IN JOINT INFLAMMATORY DISEASES AND PAIN CONTROL EFFICIENCY IN A CORRECTION WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS <i>O.V. Kuryata, O.Y. Noda, T.K. Lysunets</i>	14
CYTOKINE MARKERS OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS ACTIVITY <i>Y.Y. Boyko, V.P. Chernyshov</i>	19

CLINICAL INVESTIGATIONS

AERIAL - ANALGETIC AND ANTIINFLAMMATORY EFFICACY IN RHEUMATIC DISEASES <i>R.M. Balabanova</i>	25
ADDITIVE IMPACT OF ALFACALCIDOL ON BONE MINERAL DENSITY AND BONE STRENGTH IN ALENDRONATE TREATED POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH REDUCED BONE MASS <i>Digest</i>	48

OWN OBSERVATIONS

FEATURES OF SUBCLINICAL COURSE OF CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE <i>O.R. Boyarchuk</i>	28
THE PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE IN THE PATIENT WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AND REDUCED MINERAL BONE DENSITY <i>N.M. Shuba, T.N. Tarasenko</i>	33

FOR THE DOCTOR- PRACTITIONER

RELAPSING POLYCHONDRIITIS: CLINICAL CASE <i>V.M. Zhdan, E.M. Kitura, M.Yu. Babanina, O.E. Kitura, M.V. Tkachenko, O.V. Gordienko</i>	42
DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF SYSTEMIC SCLEROSIS <i>Yu.A. Manischenkova, N.B. Nekrasova, O.O. Vertiy, V.V. Kornienko</i>	44

REVIEWES

PECULIARITIES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS <i>L.I. Rudyuk</i>	53
--	----

HISTORY OF MEDICINE

PROFESSOR HULUSI BEHCET - FAMOUS TURKISH DERMATOLOGY AND AUTHOR OF BEHCET'S DISEASE. HISTORY OF DISCOVERY AND DESCRIPTION OF THE DISEASE. <i>I.Yu. Golovach</i>	56
HISTORY OF UKRAINIAN RHEUMATOLOGY <i>O.V. Siniachenko</i>	60

EDITORIAL INFORMATION

REQUIREMENTS FOR PUBLICATIONS	67
-------------------------------------	----

В.М. Ждан
Є.М. Кітура
М.Ю. Бабаніна
О.Є. Кітура
М.В. Ткаченко
О.В. Гордієнко

РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПОЛІХОНДРИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Описано клінічний випадок рецидивуючого поліхондриту. Наведено особливості клініки, діагностики та лікування цього захворювання.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
Полтава

Ключові слова: поліхондрит,
клінічний випадок, клініка,
діагностика, терапія.

Рецидивуючий поліхондрит (РП) — рідкісне захворювання хрящової тканини аутоімунної природи з періодичними загостреннями, що призводить до повного руйнування і заміщення її сполучною тканиною. Частота його до 3–5 випадків на 1 млн населення. У літературі описано окремі спостереження. У 25–35% випадків РП може поєднуватися з іншими аутоімунними захворюваннями.

Правильний діагноз у таких випадках встановлюється пізно, незвичайна клінічна картина змушує пацієнта проводити багаточисленні дослідження, консультуватися у різних спеціалістів.

Випадок із клінічної практики. Показовою є історія хвороби хворої Г., 54 роки, яка поступила в ревматологічне відділення Обласної клінічної лікарні зі скаргами на біль, припухлість, почервоніння вушних раковин, більше справа, біль і скутість у колінних і суглобах кистей рук, загальну слабкість, втомлюваність, закладеність носа, підвищення температури тіла до 37,5 °С.

У 2002 р. у віці 44 років з'явився набряк, біль, почервоніння лівої вушної раковини. Цей стан супроводжувався підвищенням температури тіла і змінами у показниках крові, через 5 років приєднався набряк, біль і почервоніння правої вушної раковини. Хвора неодноразово лікувалася в отоларинголога із діагнозом «отит», також консультувалася і лікувалася в алерголога і дерматолога.

У січні 2012 р. пацієнтка повторно госпіталізована у ревматологічне відділення. При огляді: гіперемія, припухлість, деформація і різка болючість правої вушної раковини (рисунк, а), помірна припухлість і біль лівої вушної раковини (рисунк, б). Деформація суглобів кистей рук (вузлики Бушара, Гебердена). Дихання через ніс затруднене, невелика деформація спинки носа (за типом сідлоподібної). У легенях везикулярне дихання, частота 18 за 1 хв. Тони серця ритмічні, ослаблені, систолічний шум над верхівкою. Артеріальний тиск 140/80 мм рт. ст., частота серцевих скорочень — 84 уд./хв. Живіт м'який, безболісний.

У клінічному аналізі підвищена швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) до 28 мм/год. С-реактивний білок — 12 мг/л, ревматоїдний фактор негативний. Рентгенографія кистей рук — остеоартроз II стадія.

Рентгенографія органів грудної клітки — легенево поле без вогнищевих та інфільтративних тіней. Серце — розширене в поперечнику. ЕКГ — синусовий ритм, знижений вольтаж, порушення процесів репо-

ляризації дифузного характеру. УЗД органів черевної порожнини, щитовидної залози — без патології. Аудиограма: елементи ураження звуковідчувального апарата.



Рисунок. Ураження вушних раковин: а – правої; б – лівої

Консультація ЛОР: двобічна сенсорна туговухість. Консультація окуліста: хронічний кон'юнктивіт.

Враховуючи скарги хворої, тривалість перебігу хвороби, дані об'єктивного обстеження, результатів додаткових методів, ефекту від терапії кортикостероїдами сформульовано діагноз: рецидивуючий поліхондрит.

Враховуючи наявність активного запалення вушних раковин, а також ознаки запалення хрящів носа, лабораторні ознаки запалення, розпочато терапію метилпреднізолоном (12 мг/добу) всередину. Через 7 днів стійка нормалізація температури тіла, зменшення припухлості, гіперемії, вираженості болю у вушних раковинах, зниження ШОЕ до 13 мм/год, зменшення припухлості в суглобах. Хвора виписана додому із рекомендаціями продовжити терапію кортикостероїдами.

Як видно із наведеного клінічного випадку діагноз був встановлений через 10 років після початку хвороби, незважаючи на неодноразові звернення до різних спеціалістів.

Патогномонічних лабораторних та інструментальних тестів для діагностики РП не існує, проте клінічна картина настільки унікальна, що для лікаря, який бачив такого пацієнта чи знає про існування такого захворювання, встановлення цього діагнозу не виключає труднощів. У 1960 р. С.М. Pearson та співавтори [5] вперше ввели термін «рецидивуючий поліхондрит». До цього часу описано 800 випадків РП. РП може початися у будь-якому віці, час-

тіше після 40 років, з однаковою частотою уражає чоловіків і жінок [3, 4]. За статистикою діагноз встановлюється більше ніж через 1 рік у 68% пацієнтів. Кожний 3-й із них проходить обстеження у ≥ 5 спеціалістів, перш ніж встановлюється діагноз [2].

Для встановлення діагнозу на сьогодні використовуються критерії Mc. Adams і співавторів [3]. Діагноз достовірний за наявності 3 із 6 нижченаведених критеріїв:

- двобічне запалення вушних раковин (85–90%);
- неерозивний серонегативний артрит (52–85%);
- хондрит носової перегородки (48–72%);
- запалення очей (50%);
- ураження хрящових структур органів дихання (гортань, трахея, бронхи);
- вестибулярні порушення (до 25% випадків);

Коли число критеріїв недостатнє, то необхідне гістологічне дослідження чи ефект від терапії кортикостероїдами.

Клінічні прояви РП різноманітні за локалізацією, вираженістю і тривалістю хвороби. В перші 3 роки хвороба може проявлятися нападами різної тривалості (від декількох днів до декількох тижнів), які можуть закінчуватися самостійно, змінюючись прогресивним перебігом [1, 2].

У одних пацієнтів запальний процес рецидивує в одній і тій же ділянці, у інших — приєднуються нові зони ураження. Описані пацієнти, які перенесли одну чи декілька атак протягом життя; в інших випадках відзначався безперервний запальний процес, який не залежав від лікування. РП належить до ургентних захворювань. З моменту встановлення діагнозу до смерті проходить від 10 міс до 20 років.

Найчастіше (84%) уражаються вушні раковини. Зазвичай процес двобічний, коли на початку захворювання уражена одна вушна раковина, то в наступні атаки втягується контралатеральне або обидва вуха. З'являються болючість, набряк, фіолетово-ериматозне забарвлення вушної раковини, мочка вуха в патологічний процес не втягується. Запалення може захоплювати ретроарикулярні м'які тканини, слуховий прохід і структури середнього і внутрішнього вуха, що може стати причиною слухових і вестибулярних порушень.

Хондрит носа проявляється ринореєю, носовою кровотечею, відчуттям розпирання в ділянці перенісся, що може привести до спадання спинки носа з розвитком сідлоподібної деформації [1].

Ураження очей відзначаються у 60% пацієнтів і проявляються кон'юнктивітом, епісклеритом, склеритом, увеїтом.

Артропатія при РП проявляється артралгією, моноартритом або поліартритом із втягненням великих або дрібних суглобів, що нагадує ревматоїдний, із ерозивними змінами на рентгенограмах при хронічному перебігу. Ревматоїдний фактор негативний.

Найбільш грізними проявами хвороби, крім ураження органів дихання, є втягнення в запальний процес серцево-судинної системи із розривом аорти, розвитком аневризми аорти, артеріальних тромбів, недостатності аортального і мітрального клапанів, блокад та інфаркта міокарда, васкуліту [3].

Обмежене ураження дихальних шляхів може бути асимптомним. На ранніх стадіях переважає набряк

і проростання запальної тканини у просвіт трахеї, гортани, гортані. В подальшому розвиваються контрактури внаслідок фіброзних змін, що приводить до динамічного колапсу дихальних шляхів дрібних бронхів, що веде до активації інфекції дихальних шляхів, а іноді до асфіксії. При ураженні бронхів 1-го і 2-го порядку клінічна картина нагадує бронхіальну астму.

Уніфікованого підходу до лікування РП не існує. При нетяжкому ураженні, що обтяжується ділянкою вушних раковин, носа, суглобів, достатньо невисоких доз глюкокортикостероїдів (15–20 мг/добу преднізолону). Дані про використання інших препаратів (метотрексат, азатіаприн, колхіцин) наведені окремими повідомленнями про успішне лікування [2].

У тяжких випадках при ураженні очей, внутрішнього вуха, дихальних шляхів, серця, а також при васкуліті, гломерулонефриті показана більш агресивна терапія: глюкокортикостероїди у високих дозах (40–60 мг всередину або пульс-терапія) в комбінації з цитостатиками (циклофосфамід 2–3 мг/кг маси тіла на добу або 1 г внутрішньовенно у вигляді пульс-терапії).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Насонова В.А., Астапенко М.Г.** (1989) Клиническая ревматология. Медицина, Москва, 589 с.
2. **Тюрин В.П., Мезенова Т.В.** (2008) Успешная диагностика и лечение рецидивирующего полихондрита. Вестн. Нац. мед.-хирург. центра им. Н.И. Пирогова, т. 3, № 1: 150–152.
3. **McAdam L.P., O'Hanlan M.A., Bluestone R. et al.** (1976) Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and review of the literature, *Medicine (Baltimore)*, 55: 193–215.
4. **Michet C.J. Jr., McKenna C.H., Luthra H.S. et al.** (1986) Relapsing polychondritis: survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann. Intern. Med.*, 104: 74–78.
5. **Pearson C.M., Kline H.M., Newcomer V.D.** (1960) Relapsing polychondritis. *N. Engl. J. Med.*, 263: 51–58.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.Н. Ждан, Е.М. Киттура, М.Ю. Бабанина, О.Е. Киттура, М.В. Ткаченко, Е.В. Гордиенко

Резюме. Описан клинический случай рецидивирующего полихондрита. Приведены особенности клиники, диагностики и лечения этого заболевания.

Ключевые слова: полихондрит, клинический случай, клиника, диагностика, терапия.

RELAPSING POLYCHONDRITIS: CLINICAL CASE

V.M. Zhdan, E.M. Kitura, M. Yu. Babanina, O.E. Kitura, M.V. Tkachenko, O.V. Gordienko

Summary. The article describes a clinical case of relapsing polychondritis. Particularly given the clinic, diagnosis and treatment of this disease.

Key words: polychondritis, clinical case, clinical features, diagnosis, therapy.

Адреса для листування:

Ждан В'ячеслав Миколайович
36008, Полтава, вул. Шевченка, 23
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України