

upon the appointment of anticoagulation in patients with AF with 1 additional risk factor for thromboembolic complications.

Conclusion:

1. Target organ damage may be associated with further increase of the stroke risk in AF patients with 1 ARF due to hypertension.

2. Increased LVMI and carotid IMT should be considered while making decision about the OAC use in such patients.

Literature:

1. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation* 2006; 114: 119-125.

2. Lang RM, Bierig M, Devereux RB et al. Recommendations for chamber quantification. *Eur J Echocardiography* 2006; 7: 79–108.

УДК 616.72-002.772

М.В. Новоселова, Г.М. Барташевич
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА
ФОНЕ ОСТЕОАРТРОЗА

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.V. Novoselova, G.M. Bartashevich
CLINICAL CASE OF THE DEBUT OF RHEUMATOID ARTHRITIS
AGAINST OSTEOARTROSIS

Department of faculty therapy and endocrinology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: novoselvik@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен пример клинического случая дебюта ревматоидного артрита на фоне остеоартроза.

Annotation. There is an example of the clinical case of rheumatoid arthritis's debut on the picture of osteoarthrosis considered in the article.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, АЦЦП, ревматоидный фактор

Keywords: rheumatoid arthritis, АССР, rheumatoid factor.

Ревматоидный артрит (РА) – это аутоиммунное заболевание, неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов[6]. По данным ВОЗ

ревматоидным артритом страдает около 1% взрослого населения преимущественно старшего возраста. По результатам официальной статистики в 2005 г. было зарегистрировано более 250 000 пациентов с достоверным РА [7]. Согласно информации ВОЗ 2000-2010г. объявлены декадой костно-суставных заболеваний[5]. По наблюдению О.Е. Епифановой и Н.П. Шпициной болезнь дебютирует с моно- и олигоартрита у 29% возрастных пациентов, в молодом возрасте – чаще начинается с варианта «острого полиартрита» [3]. Диагностика РА в дебюте болезни у возрастных пациентов (старше 50-60 лет) представляет трудную задачу для врачей, так как симптомы заболевания часто неспецифичны (отсутствуют изменения специфических лабораторных тестов и рентгенологических признаков поражения суставов.). Позднее выявление и задержка в лечении приводят к более быстрому прогрессированию заболевания и развитию необратимых изменений в суставах. Таким образом, остается актуальной проблема ранней диагностики ревматоидного артрита у коморбидных пациентов.

Цель исследования – изучить особенности проявления раннего ревматоидного артрита на клиническом примере у возрастной пациентки с остеоартрозом.

Материалы и методы исследования

Исследование осуществлялось на базе ревматологического отделения МАУ «ГКБ № 40» г. Екатеринбурга. Были проанализированы данные истории болезни и результаты лабораторных исследований женщины с установленным диагнозом дебюта ревматоидного артрита.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка С., 57 лет была госпитализирована в ревматологическое отделение МАУ «ГКБ № 40» Екатеринбурга в 2016 г. с жалобами на утреннюю скованность в течение 1-1,5 часов, отечность в пястнофаланговых, локтевых и плечевых суставах, боли возникают чаще утром в покое, лечилась НПВП (диклофенак 100 мг), без эффекта. Объективные данные: состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 95кг, ИМТ = 35,3. Ходит с тростью. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 138/86 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Status localis: отечность и гиперемия в ПФС II-IV, неполное сжатие кисти в кулак, снижение мышечного тонуса больше слева. Гиперемия, отечность в локтевых суставах, местное повышение температуры над правым локтевым суставом и выраженное ограничение движений в данном суставе, небольшой отек в плечевых суставах, мышечный тонус сохранен.

Из анамнеза заболевания было выяснено, что в 90-е годы на фоне набора веса, впервые появились боли механического характера в коленных суставах, усиливающиеся после физической нагрузки, уменьшаются в покое. Ревматологом был установлен диагноз: «Деформирующий остеоартроз», назначены хондропротекторы (терафлекс), НПВП (диклофенак), ЛФК. С 2009

года отмечает выраженные боли в коленных суставах, особенно после физической нагрузки, беспокоят тупые непрерывные ночные боли. Получала ферматрон внутрисуставно. С января 2015 года получала внутрисуставно дипроспан 1 мл, мовалис 15 мг внутримышечно. При обследовании выявлены рентгенологические признаки ДОА Ro II-III ст. коленных суставов. Лабораторных признаков воспаления не отмечено. Пациентке рекомендовано снижение массы тела, диета №8 по Певзнеру. Больная стала использовать наколенники и трость при движении. В конце ноября 2015 года впервые появились боли воспалительного характера в мелких суставах кистей, в локтевых и плечевых суставах, которые возникали утром и стихали ко второй половине дня. Осмотрена ортопедом, рекомендовано протезирование коленных суставов, замена НПВП (диклофенак на Найз 100 мг) и хондропротектор (Арта 1 таблетка в сутки). В январе 2016 года была выявлена лабораторная активность (СОЭ 50 мм/ч, СРБ+, РФ отрицательный, Анти ЦЦП положительный). Пациентке был выставлен диагноз: «Дебют ревматоидного артрита на фоне деформирующего остеоартроза». Из анамнеза жизни: последние 10 лет гипертоническая болезнь (Лориста 50 мг утром, амлодипин 5 мг вечером). По данным денситометрии – остеопения. Вредные привычки отрицает, наследственный анамнез по суставной патологии не отягощен. В феврале текущего года госпитализирована в ревматологическое отделение для уточнения диагноза, активности заболевания и коррекции проводимой терапии в связи с ее неэффективностью на амбулаторном этапе. Обследована в стационаре (Hb 121 г/л; L 9,9; СОЭ 53 мм/ч; СРБ ++; Анти ЦЦП 19,73). По данным рентгенографии кистей и стоп определяются начальные неспецифические признаки артрита: определяется диффузный остеопороз, щели межфаланговых суставов II-IV пальца левой кисти неравномерно сужены, в III пальце подвывих с ульнарной девиацией, деформирующие изменения в 1 ПФС левой кисти и кистовидной перестройкой в головке 1 пястной кости, снижение костной плотности костей запястья левой кисти. Заключение: дебют РА? По данным рентгенографии коленных суставов в 2 проекциях: рентгенплотность костей снижена, суставные поверхности уплощены, костной деструкции не выявлены, суставные щели сужены в медиальных и латеральных отделах, определяются краевые остеофиты, кистовидной перестройки нет, отмечается заострение краев суставных поверхностей, межмышечковых бугорков, краев надколенников, дополнительных теней в проекции суставных щелей нет. Заключение: деформирующий остеоартроз II-III ст.

Таким образом, с учетом анамнеза заболевания, клинико-лабораторных и рентгенологических данных установлен диагноз: Ревматоидный артрит, серонегативный вариант, АЦЦП+, дебют заболевания на фоне деформирующего остеоартроза, гонартроз II-III степени, ФН II-III. Гипертоническая болезнь II ст., 2ст., риск 2, СН I (NYHA). Ожирение 2 степени. Постменопаузальная остеопения. В стационаре получала терапию: целебрекс 100 мг 2 раза в сутки, преднизолон 10 мг в сутки, оmez 20 мг 2 раза в

сутки, берлиприл 10 мг 2 раза в сутки, фолиевая кислота 5 мг в неделю. Для снижения активности заболевания проведено 4 сеанса пульс терапии преднизолоном по 240 мг, дипроспан 1 мл в коленные суставы. В качестве базисной терапии назначен метотрексат 10 мг в неделю внутримышечно.

В ходе лечения достигнуто улучшение в виде уменьшения выраженности суставного синдрома, снижения лабораторной активности заболевания (при выписке в ОАК: Нв 132г/л; L 9,2; СОЭ 22 мм/ч. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства.

Рекомендовано: ЛФК, снижение массы тела.

Медикаментозная терапия:

1) НПВП (по требованию): ацеклофенак (Аэртал) 100 мг 2 раза в сутки или мелоксикам 15 мг 1 раз в сутки.

2) преднизолон 10 мг в сутки или метипред 8 мг в сутки с последующей коррекцией дозы.

3) метотрексат 10 мг в неделю внутримышечно + фолиевая кислота 5 мг в неделю. При отсутствии эффекта через 4 недели - увеличение дозы метотрексата на 2,5 - 5 мг в неделю до достижения эффективной дозы в течение месяца.

4) омепразол 20 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды в случае приема ЦОГ-2 неселективных НПВП.

5) Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка 2 раза в сутки для лечения постменопаузальной остеопении. Консультация ортопеда для рассмотрения вопроса о возможности протезирования коленных суставов.

Утренняя скованность более 30 минут; вовлечение более 3 воспаленных суставов; поражение пястно- и/или плюснефаланговых суставов (положительный тест “сжатия”) – это клинические критерии, которые являются поводом для направления к ревматологу больных с подозрением на ранний РА [4]. Согласно данным Европейского конгресса ревматологов 2014 года у больных с ожирением II степени в два раза выше вероятность развития высокой активности (DAS28), чем у пациентов с нормальной массой тела[1]. По мнению Афанасьева И.А, частота встречаемости коморбидной патологии у больных с ревматоидным артритом остается на высоком уровне; в ее структуре преобладают АГ, заболевания ЖКТ и остеоартроз [2].

Выводы:

1. Дебют ревматоидного артрита у возрастного пациента с остеоартритом может встретиться у врача общей врачебной практики. Заподозрить РА поможет изменение характера привычной стартовой и механической боли с увеличением утренней скованности, вовлечением проксимальных суставов. Необходимо более раннее выявление, диагностика и своевременное лечение для повышения качества жизни пациента и улучшения прогноза по заболеванию.

2. Ревматоидный артрит может приводить к ранней инвалидизации при несвоевременной диагностике и некорректном лечении.

3. Ранняя стадия РА, особенно первые 3 месяца от начала заболевания, наиболее благоприятна для проведения эффективной базисной терапии [8].

Литература:

1. Авдеева А.С. проблемы ревматоидного артрита/ А.С. Авдеева, Д.Е. Каратеев, Л.Н. Денисов Л.Е. Насонов // Научно-практическая ревматология.-2014.-№6.-С.52.

2. Афанасьев И.А Особенности коморбидности у женщин с ревматоидным артритом/И.А. Афанасьев, Н.М. Никитина// Бюллетень медицинских интернет-конференций.-2015.-№4.-С.229.

3. Елифанов О.Е. Диагностика поражений суставов кистей при раннем ревматоидном артрите по данным артросонографии/О.Е. Елифанов, Н.П. Шилкина Н.П.//Терапевт.-2008.-№5.-С.13-16.

4. Каратеев Д.Е/Д.Е Каратеев, Л.Е. Олюнин, Ю.А. Лучихина. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 – шаг вперед к ранней диагностике // Научно-практическая ревматология.-2011.- №1.- С.10–15. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The Bone and Joint Decade 2000-2010) //русский медицинский журнал.-2000.- №2.-С.369-372.

6. Насонов Е.Л. Ревматология: клинические рекомендации / Е.Л. Насонов.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 288 с.

7. Насонов Е.Л. Ревматология: национальное руководство: ассоциация медицинского обеспечения по качеству./Е.Л. Насонов, В.А Насонова .-М.: ГЭОТАР-Медиа,2010.-720с.

8. Шостак Н.А. Ранний ревматоидный артрит: алгоритмы диагностики и лечения/Н.А. Шостак// Фарматека.-2011.-№11.-С. 11-16.

УДК 616.366-003.7

**Ю.Д. Пидченко, Б.В. Авраменко, М.Н. Ткаченко, А.А. Романенко,
А.В. Макаренко**

**ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ
ГЕПАТОБИЛИСЦИНТИГРАФИИ, КАК МЕТОДА ОЦЕНКИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Кафедра радиологии и радиационной медицины
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
Киев, Украина

**Y.D. Pidchenko, B.V. Avramenko, M.N. Tkachenko, A.A. Romanenko,
A.V. Makarenko**