профилактических мер, направленных на снижение уровня табакокурения и употребления алкоголя, особенно среди мужчин и пожилых людей, поскольку эти факторы значительно повышают риск развития остеопороза. Так, в исследовании, проведенном среди участников Тайваньского биобанка, было установлено, что участники, относящиеся к группе только курящих, а также к группе, сочетающей курение и употребление алкоголя, имеют более высокий риск развития остеопороза по сравнению с теми, кто не курит и не употребляет алкоголь [6].

ВЫВОДЫ

Общий уровень информированности респондентов составил 37,9%. Наибольшие затруднения у респондентов вызвали вопросы, касающиеся распространенности остеопороза среди различных гендерных и расовых групп, а также методов его лечения и профилактики. Таким образом, необходимо стремиться повышать уровень осведомленности населения об остеопорозе и риске хрупких переломов, о мерах профилактики. Необходимо рекомендовать включить шкалу FRAХ® в профилактические осмотры у людей старше 50 лет для выявления лиц с высоким 10-летним риском переломов с целью дальнейшей профилактики низкоэнергетических переломов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Остеопороз». – 2021. – 47 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/87_4 (дата обращения: 18.01.2025). – Текст: электронный.
2. The epidemiology of osteoporosis / Clynes M.A., Harvey N.C., Curtis E.M., Fuggle N.R. [et al.] - Text: direct // Journal of Orthop Surg Res. - 2021. - Vol. 15, №1. - P. 669.
3. Estimation and projection about the standardized prevalence of osteoporosis in mainland China / Z. Cui, X. Meng, H. Feng [et al.] - Text: direct // Br Med Bull. – 2020. – Vol. 133, №1. – P. 105-117.
4. Osteoporosis: Prevalence, awareness and pertinent risk factors in a cohort of elderly Asian population presenting with low-energy distal radius fractures / M.Muzzammil, A.S. Khan, S. Jahanzeb [et al.] - Text: direct // Int J Clin Pract. - 2021. - Vol. 75, №11, art. e14828.
5. Early Osteoporosis Risks and Associated Factors among Caregivers Working in Disability Institutions: IOF One-Minute Osteoporosis Risk Check / Lin L.P., Lai W.J., Hsu S.W., Lin J.D. - Text: direct // Int J Environ Res Public Health. - 2020. - Vol. 17, №9, art. 3319.
6. Effects of sex, tobacco smoking, and alcohol consumption osteoporosis development: Evidence from Taiwan biobank participants / Yang C.Y., Cheng-Yen Lai J., Huang W.L. [et al.] - Text: direct // Tob Induc Dis. - 2021. - Vol. 19, art. 52.

Сведения об авторах

А.О. Панова* – студент

С.Д. Емельянова – студент

М.И. Фоминых – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.O. Panova* – Student

S.D. Emelyanova – Student

M.I. Fominykh - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

a.o.panova@yandex.ru

УДК: 616.12-008.331.1

СОВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ»: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Петровских Арина Андреевна, Насырова Алина Азатовна, Журавлева Татьяна Александровна, Жданова Ирина Всеволодовна

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Гипертонический криз (ГК) - состояние, когда значительное повышение артериального давления (АД) ассоциируется с поражением органов-мишеней, требует немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД. Ежегодно ГК развивается у 1–5% пациентов с артериальной гипертензией (АГ). В практике возникновение ГК в основном связано с несоблюдением рекомендаций по приему антигипертензивных препаратов. **Цель исследования** – проанализировать на примере клинических случаев причины развития, определить методы профилактики гипертонического криза в реальной практике врача.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни трех пациенток с эпизодами ГК в 2024 году; осуществлен систематический анализ научной литературы на основе материалов научных баз данных, поисковых систем Google Scholar, PubMed, ScienceDirect. **Результаты.** При анализе клинических случаев пациенток с ГК были выявлены факторы риска его развития: наличие коморбидной патологии, нерегулярный прием гипотензивных препаратов, недостаточная терапия сопутствующих заболеваний. Первичная диагностика была направлена на выявление, оценку симптомов со стороны органов-мишеней. Терапия ГК осуществлялась в амбулаторных условиях при отсутствии симптомов осложнений со стороны органов-мишеней. При появлении осложнений пациенты были госпитализированы в отделения, где оказывалась специализированная помощь. В дальнейшем корректировалась гипотензивная терапия и терапия сопутствующей патологии, что приводило к контролю над АГ. **Выводы.** Коморбидные заболевания являются фактором риска развития ГК у пациентов с АГ. Одной из причин возникновения ГК является низкая приверженность к назначенной антигипертензивной терапии. Первичная диагностика должна быть направлена на выявление и оценку симптомов со стороны органов-мишеней. При появлении осложнений со стороны органов-мишеней необходима неотложная госпитализация для оказания специализированной помощи. После купирования ГК наблюдают пациентов, корректируют терапию, улучшают контроль АГ.

Ключевые слова: гипертонический криз, неконтролируемая артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия.

MODERN DEFINITION OF THE CONCEPT OF "HYPERTENSIVE CRISIS": DIAGNOSIS AND TREATMENT

Petrovskikh Arina Andreevna, Nasyrova Alina Azatovna, Zhuravleva Tatyana Aleksandrovna,
Zhdanova Irina Vsevolodovna

Department of Propaedeutics of Internal Diseases

Ural State Medical University

Ekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Hypertensive crisis (HC) is a condition when a significant increase in blood pressure (BP) is associated with damage to target organs, requiring immediate qualified actions aimed at reducing BP. HC develops annually in 1–5% of patients with arterial hypertension (AH). In practice, the occurrence of HC is mainly associated with non-compliance with recommendations for taking antihypertensive drugs. **The aim of this study** is to examine the difficulties of diagnosis and treatment of hypertensive crisis in the real practice of a doctor using the example of clinical cases.

Material and methods. A retrospective analysis of the medical records of three patients with episodes of GC in 2024 was carried out; a systematic analysis of the scientific literature was carried out based on materials from scientific databases Google Scholar, PubMed, ScienceDirect. **Results.** When analyzing clinical cases of patients with HC, risk factors for its development were identified: the presence of comorbid pathology, irregular intake of antihypertensive drugs. HC therapy was performed on an outpatient basis in the absence of symptoms of complications from target organs. When complications occurred, patients were hospitalized in departments. Subsequently, antihypertensive therapy was adjusted. **Conclusion.** One of the causes of HC is low adherence to prescribed antihypertensive therapy. Primary diagnostics should be aimed at identifying and assessing symptoms from target organs. If complications occur in target organs, emergency hospitalization is required. After HC is relieved, patients are observed, therapy is adjusted, and AG control is improved.

Keywords: hypertensive crisis, uncontrolled arterial hypertension, antihypertensive therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Гипертонический криз (ГК), согласно клиническим рекомендациям “Артериальная гипертензия у взрослых” 2024 года, это состояние, при котором значительное повышение АД ассоциируется с поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующим немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение артериального давления (АД) (обычно с помощью внутривенной терапии) [1]. Ежегодно ГК развивается у 1–5% пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) [2] и является одной из наиболее частых причин вызовов скорой медицинской помощи (СМП) или обращения в приемное отделение. В практике возникновение гипертонических кризов в основном связано с несоблюдением рекомендаций по приему лекарственных препаратов (ЛС) пациентами с артериальной гипертензией (АГ). Также врачи неотложного отделения отмечают случаи, когда гипертонический криз возникал на фоне сопутствующих заболеваний или же под воздействием внешних факторов. Наиболее распространенными осложнениями гипертонического криза являются ишемический инсульт (28%) и отек легких/острая сердечная недостаточность (24%) [3].

До 2018 года гипертонический криз подразделяли на осложненный и неосложненный (в соответствии с наличием/отсутствием повреждений органов-мишеней), но в настоящее время, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, понятие «неосложненный гипертонический криз» исключено, поскольку подход к его лечению не отличается от терапии бессимптомной артериальной гипертензии [4]. Тем не менее, во многих зарубежных и отечественных источниках термин “неосложненный гипертонический криз” не утратил своё первоначальное значение.

Цель исследования – проанализировать на примере клинических случаев причины развития, определить методы профилактики гипертонического криза в реальной клинической практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 3 женщин с эпизодами гипертонического криза в 2024 году. Также был проведен систематический анализ научной литературы, за основу которого взяты материалы из научных баз данных и поисковых систем Google Scholar, PubMed, ScienceDirect и других. Поиск информации проводился по вышеуказанным ключевым словам, при написании работы был заимствован материал из актуальных источников последних пяти лет (независимые исследования, литературные обзоры и т.п.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинический случай № 1. Пациентка, 84 года. В первый раз к участковому терапевту обратилась с жалобами на периодические ноющие диффузные головные боли, шум в голове, периодическое головокружение, повышение АД до 180/100 мм рт. ст., одышку при умеренных физических нагрузках. Из анамнеза: страдает ГБ в течение многих лет, дневник АД не ведет, гипотензивные ЛС принимает нерегулярно; среди сопутствующих заболеваний имеет сахарный диабет 2 типа. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), острый инфаркт миокарда (ОИМ), вредные привычки отрицает. Отметила ухудшение состояния в течение последних 2 дней - повышение АД, усиление общемозговой симптоматики. Объективно: АД=160/90 мм.рт.ст., состояние относительно удовлетворительное. Подъем давления при первом обращении купировали моксонидином 0,4 мг под язык и 0,4 мг внутрь. Рекомендовали возобновить прием ранее назначенных препаратов (периндоприл 4 мг утром, индапамид 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг вечером) и добавить в лечение верошпирон 25 мг 2 раза в день; рекомендовали вести дневник АД и пульса. Через 3 дня - повторный подъем давления на фоне нерегулярного приема лекарственных препаратов. Пациентка отмечала сильную тошноту, рвоту, головокружение, одышку при минимальной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца, умеренные отеки нижних конечностей, приступы сердцебиения. АД увеличилось до 200/100 мм.рт.ст. Криз купировать медикаментозно энтерально не удалось, была вызвана бригада СМП. Пациентку госпитализировали на 7 дней в терапевтическое отделение, был поставлен диагноз: “Основное заболевание: ИБС. Стенокардия напряжения. АВ-блокада 1ст. Недостаточность митрального и аортального клапанов, легочная гипертензия 1 степени. Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. СД 2 типа без инсулинопотребности. Осложнения: ХСН 2 ФК с промежуточной ФВ 49% (от 2023 г.), НК 2Б ст. по Василенко. Малый двусторонний гидроторакс, малый гидроперикард”. Через 7 дней после выписки - новый подъем давления до 180/100 мм.рт.ст. Пациентка отмечала, что забывает принимать препараты. Врач рекомендовал родственникам больной контролировать её давление, заменить список препаратов на трипликсам. Спустя месяц давление стабилизировалось, составляло 140/90 мм.рт.ст.

Клинический случай № 2. Пациентка, 80 лет. Была госпитализирована в экстренном порядке с ОНМК в неврологическое отделение. Жалобы при поступлении: асимметрия лица слева, онемение и слабость в левых конечностях, неустойчивость при ходьбе на фоне повышения АД до 180/110 мм.рт.ст., NIHSS 5, Рэнкин 4, ШРМ 4. Результаты инструментальных исследований: при компьютерной томографии (КТ) патологии головного мозга не выявлено; на ЭКГ синусовый ритм 67 уд/мин.; при УЗИ сердца склеротические

изменения корня аорты, аортального и митрального клапанов, сократимость миокарда ЛЖ в норме, ФВ-65%, митральная регургитация I ст., трикуспидальная регургитация I ст., нарушение релаксации левого желудочка; на УЗИ брахоцефальных артерий атеросклеротические изменения, стеноз ОСА справа 25%, слева 25%, ВСА справа 20%, слева 22%. При осмотре офтальмолога обнаружены суженные и извитые артерии, глазное дно бледно-розовое. При неврологическом исследовании: Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне правой ВСА. Центральный парез лицевого нерва слева. Левосторонний гемипарез 46, левосторонняя гемигипестезия. NIHSS 5. Рэнкин 4. ШРМ 4. Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь 3 ст, артериальная гипертензия 3 ст, риск 4. НК ПА. Церебральный атеросклероз. Дислипидемия. Ожирение 3 ст. Дорсопатия грудного и поясничного отделов позвоночника.

Получала следующее лечение: внутривенно магния сульфат, внутримышечно диклофенак, амитриптилин; подкожно гепарин, прозерин; перорально омега-3, лозартан, индапамид, амлодипин, аторвастатин, эутирокс, клопидогрел. На фоне лечения в стационаре отмечался регресс асимметрии лица, левостороннего гемипареза и гипестезии в левой руке, улучшение общего самочувствия, стабилизация АД, NIHSS 1, Рэнкин 1, ШРМ 1.

Клинический случай № 3. Пациентка, 47 лет. 06.09.2024 года обратилась за консультацией к терапевту со следующими жалобами: повышение АД до 150/100 мм рт. ст.; отеки на руках и ногах, впервые возникшие месяц назад. Анамнез заболевания: страдает ГБ несколько лет, постоянно принимает небилет 5 мг, арифон ретард 1,5 мг, эдарби 80 мг. Адаптирована к АД 150-160/100-110 мм рт. ст. В анамнезе также гипотиреоз (эутирокс отменила самостоятельно), нарушение гликемии натощак (отменила метформин самостоятельно). Объективный статус: состояние удовлетворительное, ИМТ – 44 кг/м². Другие показатели осмотра в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. АД: 230/150 мм. рт. ст. ЧСС 80 ударов в минуту. Сатурация 97%. Для купирования повышенного АД на приеме использовали физиотенз 0,4 мг (без эффекта), каптоприл 25 мг (без эффекта). Внутривенное капельное введение магния сульфата 250 мг/мл – 10 мл, дало положительный эффект (АД снизилось до 165/105 мм рт. ст.). Был поставлен предварительный диагноз: Основное заболевание: Гипертоническая болезнь неконтролируемая (целевые цифры АД < 130/80 мм рт. ст.) 2 стадия, 2 степень, риск 3. ХСН IIa стадии, II ФК. Сопутствующие заболевания: Ожирение 3 степени, СД 2 типа, гипотиреоз в стадии декомпенсации. Проводилась коррекция гипотензивной терапии, эндокринологом назначены квинсента, эутирокс. Через месяц наблюдения по дневнику – АД 120-130/80 мм рт. ст., на приеме – 160/90 мм рт.ст., отеки уменьшились.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным исследования Н.В. Орловой коморбидные заболевания и женский пол потенциально являются факторами риска развития гипертонических кризов у больных артериальной гипертензией [5]. В наших случаях все пациентки имели коморбидную патологию: у двух пациенток выявлен СД 2 типа, ожирение 3 ст., у всех – ХСН. Описанные клинические случаи и данные исследований демонстрируют, что коморбидные заболевания являются одними из предикторов осложнений, в частности ишемического инсульта [3].

У первой пациентки начальные симптомы свидетельствовали о неконтролируемой артериальной гипертензии, на фоне нерегулярного приема гипотензивных препаратов появилась симптоматика со стороны ЦНС, прогрессировали симптомы ХСН, что расценивалось уже как гипертонический криз. Это подчеркивает роль приверженности к терапии в снижении рисков возникновения гипертонического криза. Повышает приверженность пациентов к гипотензивной терапии назначение комбинированных препаратов вместо нескольких монопрепаратов, что было осуществлено назначением триплексама (периндоприл 10 мг + индапамид 2,5 мг + амлодипин 10 мг). При регулярном приеме этого препарата у пациентки стал возможен эффективный контроль АД.

Второй клинический случай отчетливо демонстрирует, что гипертонический криз часто представляет неотложное жизнеугрожающее состояние, требующее своевременных

действий. По данным мета-анализа T.J. Siddiqi, неврологические гипертонические кризы являются наиболее частым осложнением неотложных сосудистых событий, увеличивающих частоту смертей среди кризовых пациентов в условиях стационара [3]. В данном клиническом случае пациентку своевременно госпитализировали в неврологическое отделение, где была оказана специализированная помощь, а в дальнейшем организовано амбулаторное наблюдение.

Еще одним предиктором развития неконтролируемой АГ является использование НПВС. Многочисленные рандомизированные исследования показали, что прием НПВС не только снижает эффективность гипотензивных препаратов, а также может приводить к развитию АГ [6]. Дорсопатия грудного и поясничного отдела позвоночника в анамнезе у данной пациентки приводит к вынужденному приему НПВС, что усиливает риск развития повторных сердечно-сосудистых осложнений. Кроме того, плохо купируемая дорсопатия пациентки сама по себе отягощает течение гипертонической болезни. В связи с этим очень важен персонализированный подход, который предполагает назначение лекарственных препаратов в соответствии с индивидуальными особенностями пациентов.

У третьей пациентки возникшее на первичном приеме резкое повышение АД до 230/150 мм. рт. ст. с дальнейшим купированием и без выявленных поражений органов-мишеней было диагностировано терапевтом как неконтролируемая артериальная гипертензия, что не противоречит современной номенклатуре. Однако повышение АД произошло на фоне появления отеков, декомпенсации гипотиреоза и развития СД 2 типа. Применение пероральных препаратов в средних дозах гипотензивного эффекта не дало, АД снизилось после внутривенного введения сульфата магния, который является «физиологическим» антагонистом кальция, расслабляет гладкую мускулатуру сосудов, снижает артериальное давление (преимущественно повышенное), усиливает диурез [7]. Необходимо отметить, что магния сульфат не включен в клинические рекомендации, однако это не препятствует его широкому применению в амбулаторной практике, так как препарат имеет короткий период полувыведения, не вызывает резкого снижения АД, относительно безопасен и доступен в любом ЛПУ и СМП. После экстренного снижения АД данной пациентке проводился подбор гипотензивной терапии под контролем АД, проведена коррекция терапии сопутствующей патологии, что привело к улучшению самочувствия пациентки и контролю над АГ.

ВЫВОДЫ

1. Коморбидные заболевания являются фактором риска развития гипертонических кризов у пациентов с АГ и могут приводить к осложнениям. Поэтому вторичная профилактика гипертонических кризов и эпизодов неконтролируемой артериальной гипертензии у больных с артериальной гипертензией должна включать не только достижение целевых значений артериального давления, коррекцию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, протективное действие лекарственной терапии, направленное на защиту органов-мишеней, а также на профилактику и лечение коморбидной патологии. Это позволит в дальнейшем снизить риск развития осложнений.

2. Одной из причин возникновения ГК является низкая приверженность больных к назначенной антигипертензивной терапии. Главная рекомендация терапевтов для пациентов - это ведение дневника контроля АД. Если при регулярном приеме препаратов САД пациента держится выше 140, то необходима коррекция терапии. При подборе гипотензивной терапии целесообразно делать выбор в пользу комбинированных препаратов.

3. Первичная диагностика при ГК должна быть направлена на выявление и оценку симптомов со стороны органов-мишеней.

4. В случае развития резкого повышения АД для самостоятельного купирования нужно использовать рекомендованные быстродействующие гипотензивные препараты. При появлении осложнений со стороны органов-мишеней необходима неотложная госпитализация для оказания специализированной помощи.

5. После купирования ГК и его осложнений, динамическое наблюдение пациентов, индивидуальный подбор гипотензивной терапии, коррекция терапии сопутствующей патологии улучшают контроль над АГ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации "Артериальная гипертензия у взрослых". - 2024. - 220 с. - URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_AG.pdf (дата обращения: 15.03.2025). - Текст: электронный.
2. Miller, J. B. Evaluation and management of hypertensive emergency / J. B. Miller, D. Hrabec, V. Krishnamoorthy [et al.] // British Medical Journal. - 2024. - Vol. 386, N 8441. - URL: <https://www.bmj.com/content/386/bmj-2023-077205.long> (дата обращения: 15.03.2025). - Текст: электронный.
3. Siddiqi TJ. Clinical Outcomes in Hypertensive Emergency: A Systematic Review and Meta-Analysis / T.J. Siddiqi, M.S. Usman, A.M. Rashid [et al.] // Journal of the American Heart Association. - 2023. - Vol.12, N 14. - URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10382109/> (дата обращения: 15.03.2025). - Текст: электронный.
4. Пырочкин, В.М. Гипертонические кризы: эволюция взглядов, лечебная тактика / В.М. Пырочкин, Е.В. Мирончик, И.В. Ускова [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2024. - Т. 22, № 4. - С. 372-379.
5. Орлова, Н.В. Особенности коморбидности у больных с гипертоническим кризом/ Н.В. Орлова, А.Ю. Чупракова // Медицинский алфавит. - 2019. - Т.2, №30. - С. 41-43.
6. Муратов, К. М. Артериальная гипертензия и нестероидные противовоспалительные препараты: тактика ведения пациентов с учетом взаимодействия лекарственных средств / К.М. Муратов, Е.В. Ших, Н.И. Липидус, Ж.М. Сизова // Медицинский совет. - 2021. - № 4. - С. 258-264.
7. Инструкция по применению лекарственного препарата Магния сульфат // Государственный реестр лекарственных средств: официальный сайт. - 2023. - URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=aa9ff58e83e4-4e5b-b476-9ae9ca0d2a0d (дата обращения: 15.03.2025) - Текст: электронный.

Сведения об авторах

А.А. Петровских* – студент

А.А. Насырова – студент

Т.А. Журавлева - кандидат медицинских наук, доцент

И.В. Жданова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.A. Petrovskikh* – Student

A.A. Nasyrova – Student

T.A. Zhuravleva - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

I.V. Zdanova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

arinapetrovskish@gmail.com

УДК: 616.7

СЕРОНЕГАТИВНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ С АТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ДЕБЮТЕ, РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ТЕРАПИИ И РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Русланова Надежда Михайловна¹, Евстигнеева Людмила Петровна^{2,3}, Журавлева Татьяна Александровна¹

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней

²Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ГАУЗ СО "Свердловская областная клиническая больница №1"

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся преимущественным поражением суставов. Рассматривая клинические проявления дебюта РА можно отметить их чрезвычайное многообразие. Тем не менее, для серонегативного РА могут быть характерны еще более гетерогенные проявления, чем описано в классической литературе. Прослеживаются различия между серологическими вариантами РА и в ответах на терапию. **Цель исследования** – демонстрация клинического наблюдения серонегативного РА. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента 53-х лет. **Результаты.** Описан случай серонегативного РА у мужчины с атипичной симптоматикой в дебюте, мозаичной клинической картиной на протяжении болезни, резистентностью к терапии и развитием амилоидоза на фоне адекватного лечения. **Выводы.** 1. Представленный дебют РА а демонстрирует атипичное начало заболевания, что способствовало длительному диагностическому поиску. 2. Ведение данного