

ростовский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии

суставной синдром – от диагноза к лечению







- **Почему болят суставы?**

- **На что жалуется пациент?**

(сколько и какие суставы беспокоят)

- **Какие методы дополнительных исследований могут помочь в установлении диагноза?**

- **Как лечить больного?**



Вопросы клинического этапа.

- Количество пораженных суставов (*моно-, олиго-, полиартрит*).
- Какие суставы поражены в большей степени?
- Симметричность артрита.
- В какое время суток артрит больше всего беспокоит больного?

Сколько суставов поражено?

- **Один - моноартрит.**
- **Менее трех - олигоартрит.**
- **Более трех - полиартрит.**



Ревматоидный артрит.



Ревматоидный артрит.

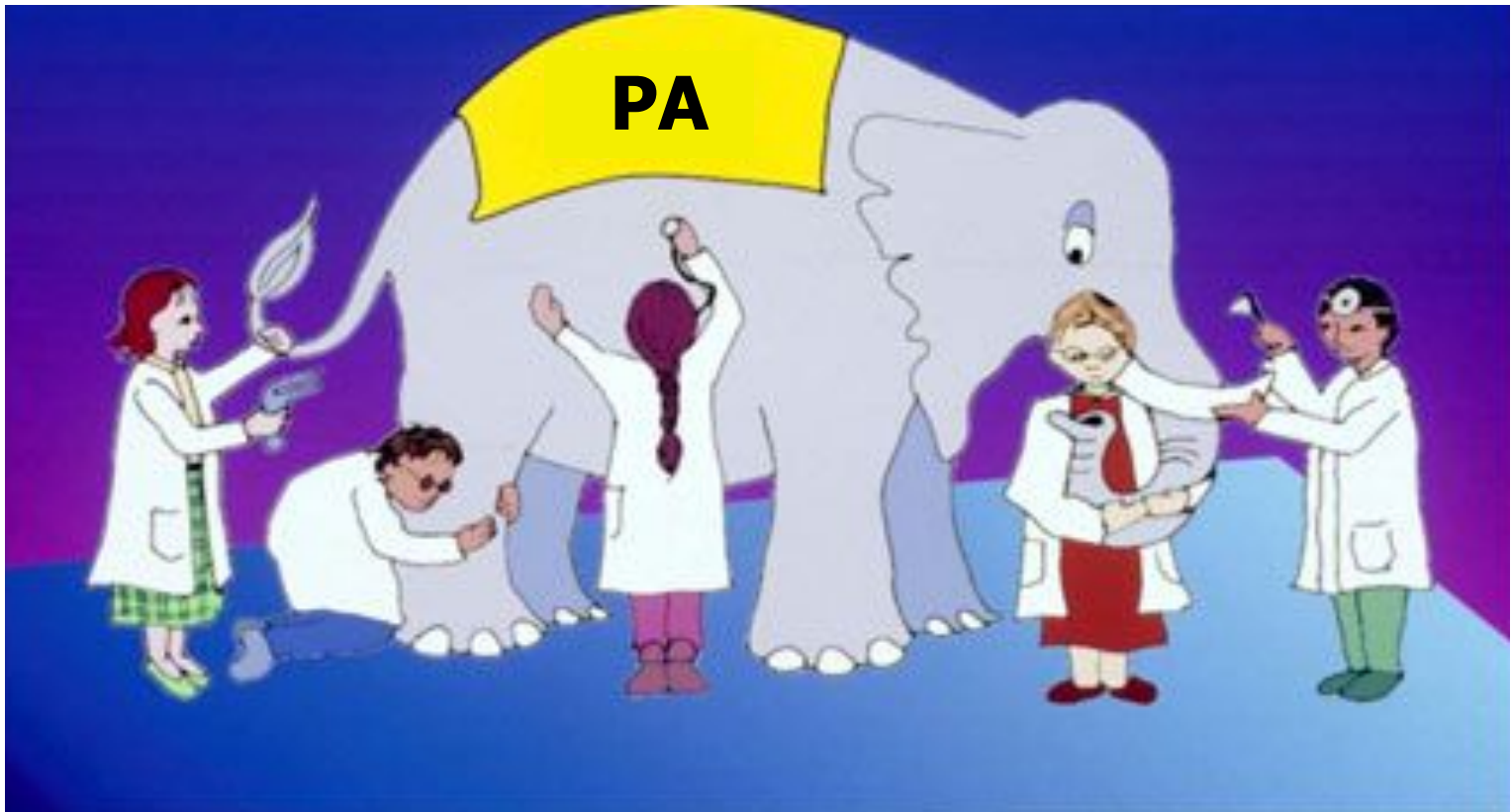
РА - хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии со сложным мультифакторным патогенезом (Grassi W.)

Распространенность ~ 1% взрослого населения

Начинается обычно между 30 и 50 годами

В 2-3 раза чаще встречается у женщин

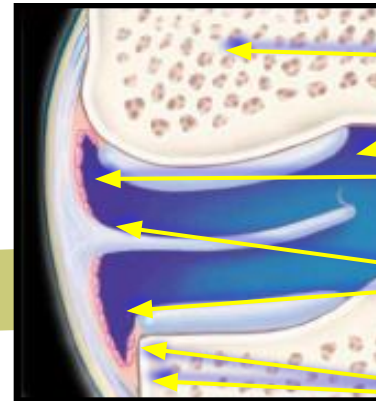
Течет хронически, с прогрессированием и приводит к инвалидизации и к сокращению продолжительности жизни (от 3 до 18 лет)



Хроническое воспалительное ревматическое заболевание (синдром?) неизвестной этиологии, характеризующееся эрозивным (симметричным?) полиартритом в сочетании с системным (иммуно)воспалительным поражением внутренних органов

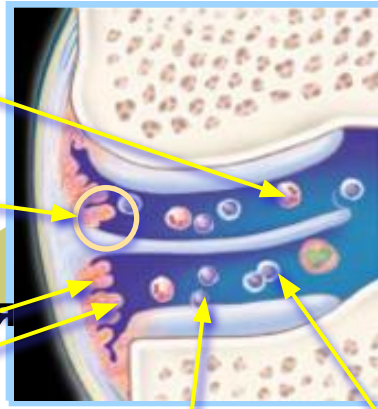
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Нормальный коленный сустав



Кость
Хрящ
Капсула
Синовиальная мембрана
Синовиоциты

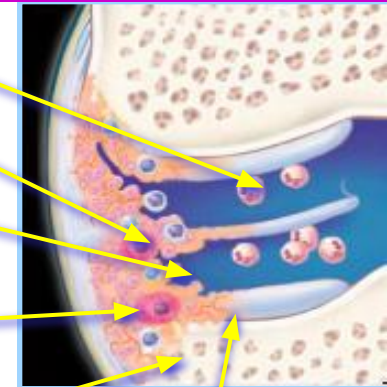
Ранний ревматоидный артрит



Нейтрофилы
Гиперпластическая синовиальная мембрана
Капиллярная формация
Гипертрофированные синовиоциты

Т клетки В клетки

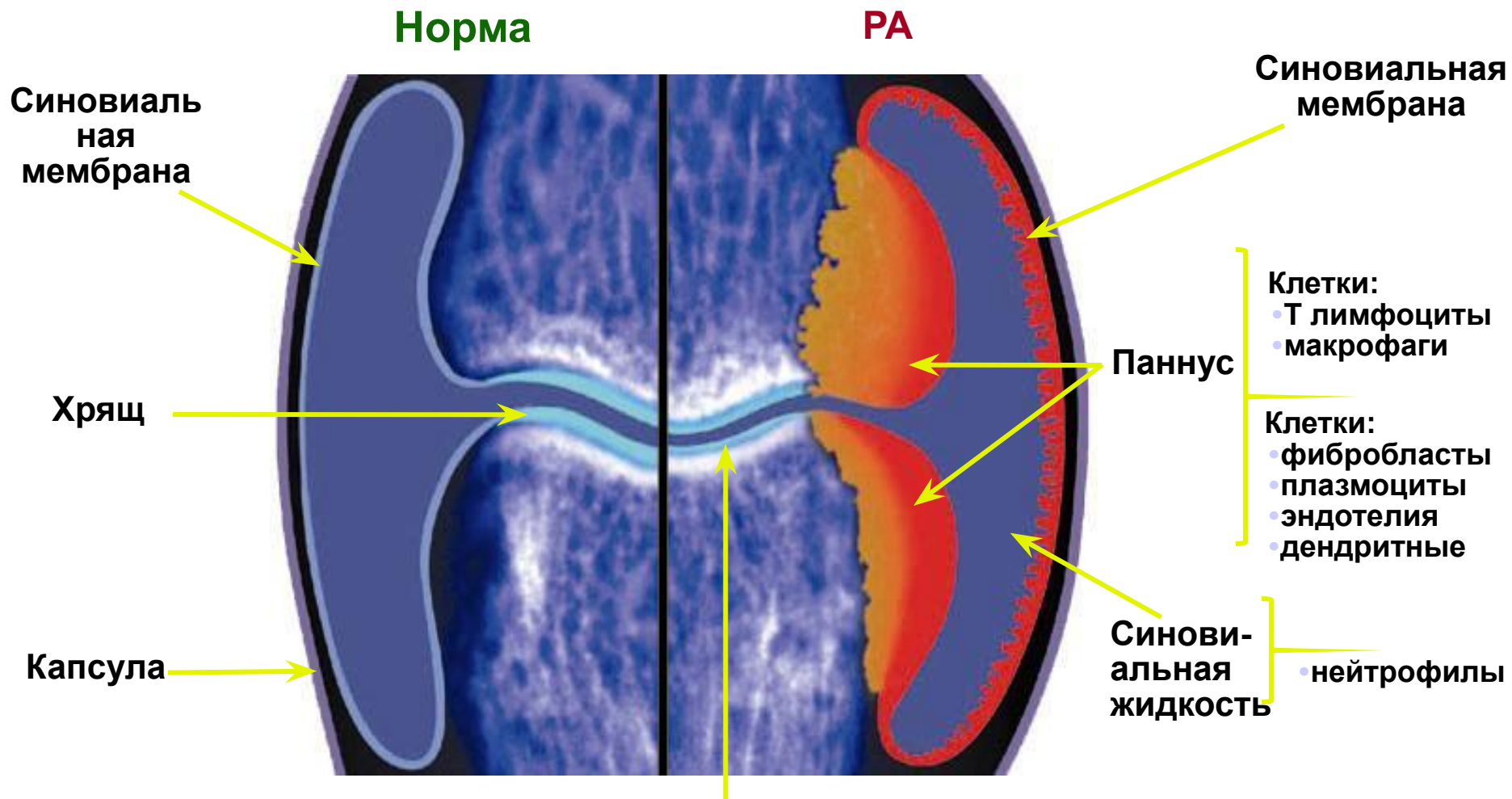
Установленный ревматоидный артрит



Нейтрофилы
Плазмоциты
Синовия
Протяжённый ангиогенез
Эрозированная кость
Паннус

Adapted with permission from:
Choy EHS, Panayi GS. *N Engl J Med.* 2001;344:907–916.
Copyright © 2001 Massachusetts Medical Society.
All rights reserved.

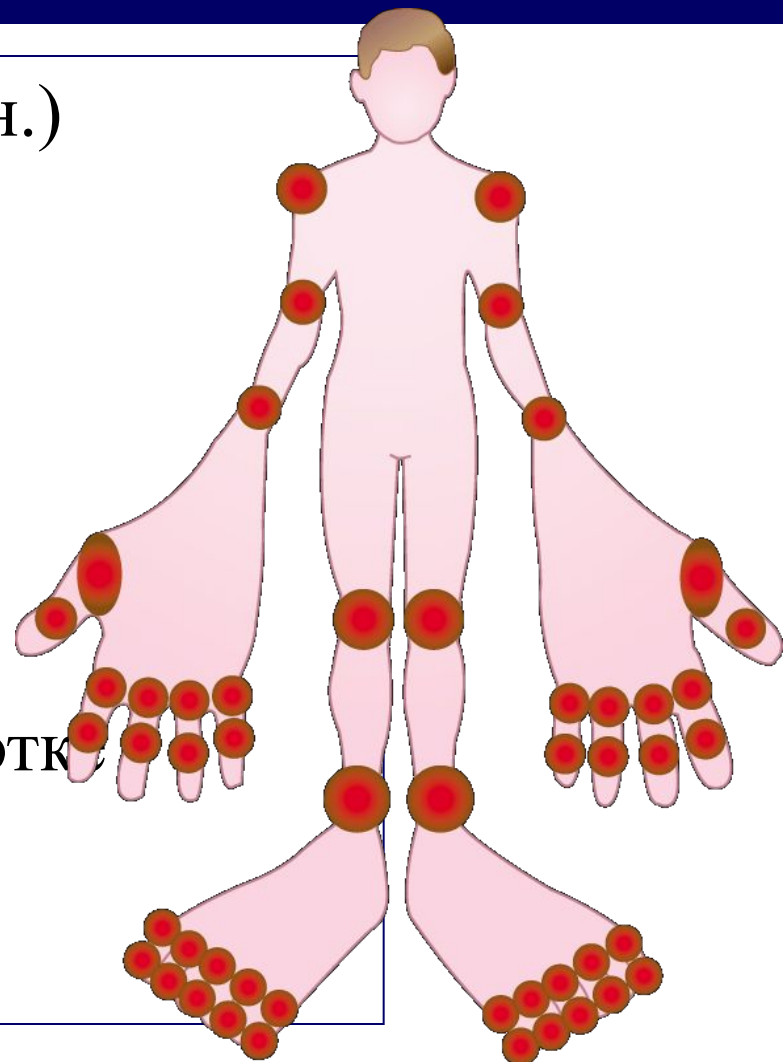
Синовит и деструкция суставов при РА.

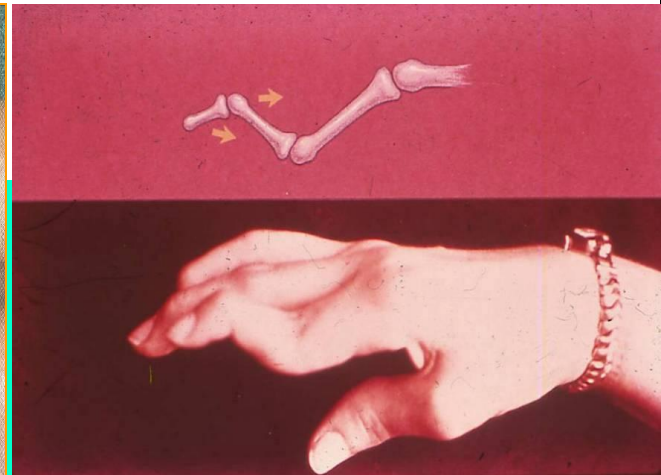
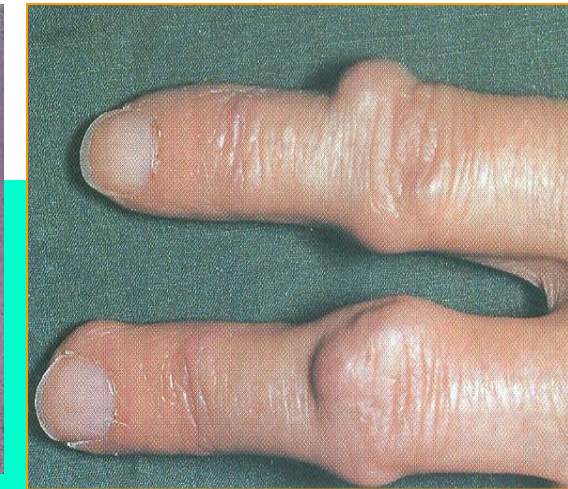
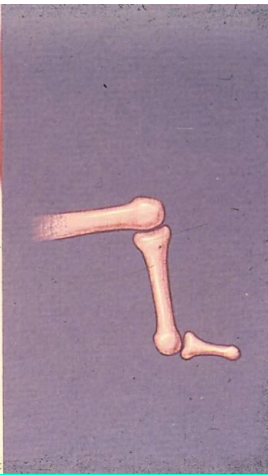


Adapted from Feldmann M, et al. *Ann Rev Immunol.* 1996;14:397-440;
Pincus T. *Drugs.* 1995;50(suppl 1):1-14; Tak P, Bresnihan B. *Arthritis Rheum.* 2000;43:2619-2633.

Критерии АСР для классификации ревматоидного артрита

- Утренняя скованность (≥ 30 мин.)
- Артрит 3 или более суставов
- Артрит суставов кистей
- Симметричный артрит
- Ревматоидные узелки
- Ревматоидный фактор в сыворотке
- Рентгенологические изменения





Дополнительные методы обследования

- Общий анализ крови
- Ревматоидный фактор
- СРБ(количественное определение)
- Рентгенография кистей и стоп



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Рентгенологические признаки

- Околосуставной остеопороз
- Сужение суставной щели
- Краевая эрозия
- Анкилоз



Стадии РА

По Steinbroker

- **I стадия** – практически норма
- **II стадия** – околоуставной остеопороз, сужение суставной щели и/или единичные эрозии;
- **III стадия** – околоуставной остеопороз, сужение суставной щели множественные эрозии и/или остеолиз
- **IV стадия** - + анкилоз



Больная Ч., 43 года. Диагноз: РА, стадия 4
Выраженный распространенный ОП.
Множественные кисты и эрозии костей и
суставных поверхностей. Резко сужены щели
суставов. Контрактуры суставов. Колапс
запястий на фоне выраженных деструктивных
изменений, остеолиза, деформаций костей и
анкилозов суставов. Симметричные изменения.



Больная У., 26 лет. Диагноз: РА, стадия 2Б.
Обзорная рентгенография кистей в
прямой проекции. Выраженный
околосуставной ОП. Множественные
кисты. Резко сужены щели суставов.
Немногочисленные эрозии суставных
поверхностей. Симметричные изменения.



классификация препаратов для лечения РА

- Симптоматические противовоспалительные препараты (**SMARD's**) 😞 (симптоммодифицирующая терапия)
 - НПВП
 - Глюкокортикостероиды
- Модифицирующие течение заболевания препараты (**DMARD's**) (аминохинолиновые, цитостатики, Д-пеницилламин, соли золота)
- Препараты контролирующие болезнь (**DCART**)
 - препараты, способные улучшить функцию и замедлить прогрессирование РА (*инфликсимаб* - Ремикейд).

локализация ревматоидного артрита



Подагра

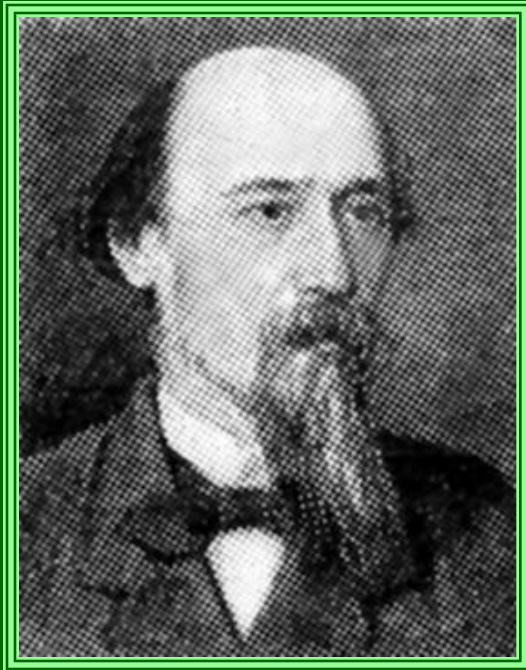
Goat (gutta)- “капля”.

Подагра - “капкан на стопе”.

- гетерогенное по происхождению заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов уратов в форме моноурата натрия или мочевой кислоты (Бунчук Н.В., 1997).



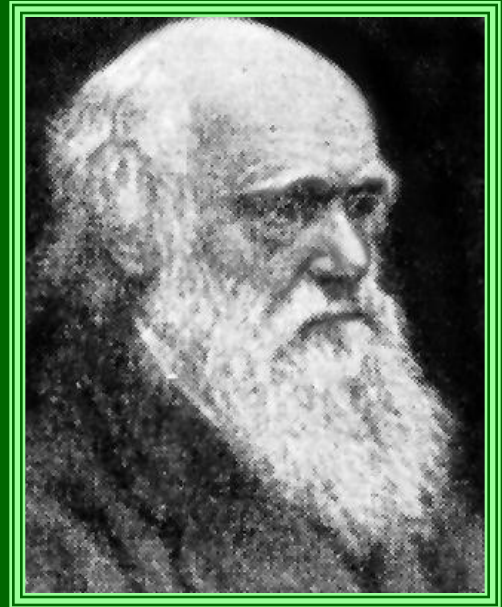
5 век до н.э. - описание подагры Гиппократом
("Подагрик не лыс и не евнух")



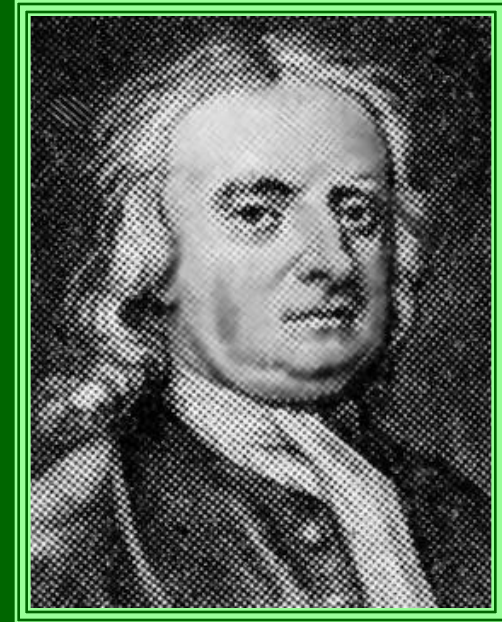
Н.А.
Некрасов

"Оставь мне, Господи,
Болезнь мою почтенную,
По ней я - дворянин!
Болезнью благородною,
Какая только водится
У первых лиц империи,
Я болен ..."

*кстати, женщины болеют в 20 раз
реже, чем мужчины*



Ч. Дарвин



И. Ньютон

Подагра

ЭТИОЛОГИЯ

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

ПЕРВИЧНАЯ ПОДАГРА

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

- ПОВЫШЕНИЕ СИНТЕЗА УРАТОВ (10%)

- СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ ДЕФЕКТЫ

НАРУШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ВЫВЕДЕНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

- СНИЖЕНИЕ СЕКРЕЦИИ

- ПОВЫШЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ

- АЛКОГОЛЬ, УПОТРЕБЛЕНИЕ БОГАТЫХ

- ПУРИНАМИ ПРОДУКТОВ

- ПОВЫШЕННАЯ МАССА ТЕЛА

“Партнерами гиперурикемии являются друзья избытия”

ВТОРИЧНАЯ ПОДАГРА

ПОВЫШЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

- ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ЛЕЙКОЗЫ

- ЛИМФОМА, МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ

- ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ

- ПСОРИАЗ

- ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ

ЗАМЕДЛЕНИЕ ВЫВЕДЕНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

- ХПН

- ПРИЕМ САЛИЦИЛАТОВ,
ЦИКЛОСПОРИНА А

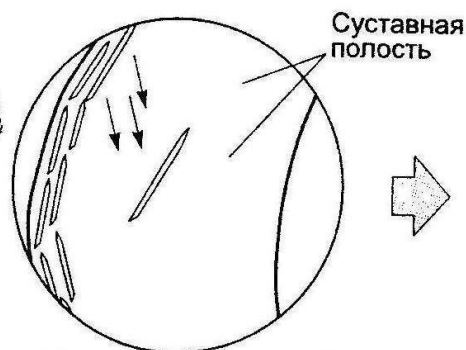
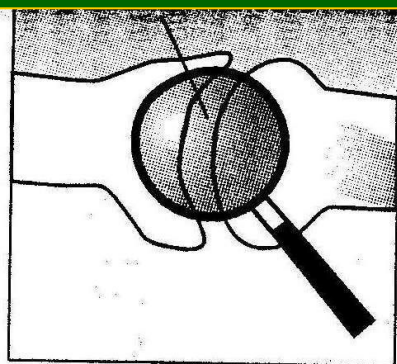
- САРКОИДОЗ

- ГИПОТИРЕОЗ

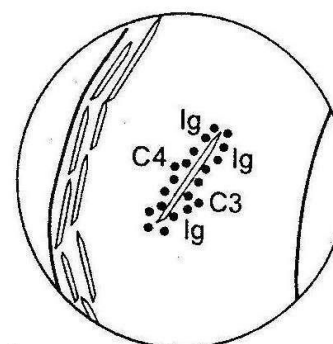
"Жертва идет в кровать и засыпает в хорошем здравии. Около двух часов ночи она просыпается от боли в большом пальце стопы, реже в пятке или голеностопном суставе. Эта боль подобна той, что бывает при вывихе сустава, другая часть больных сравнивает боль с ощущением холодной воды, льющейся на сустав. Затем следуют озноб и ощущение дрожи с невысокой температурой. Боль, которая вначале умеренная, постепенно становится интенсивной. Через некоторое время наступает пик атаки, вовлекаются кости, связки плюсны и предплюсны. Теперь - это невероятное напряжение связок и ощущение, что последние рвутся на части - это уже грызущая боль. Так что изысканный и жизнерадостный человек, пораженный болезнью, сбит с ног. Он не может одеть отягчающую ночную одежду, не может ходить по комнате, все ему действует на нервы. Ночь проходит в мучениях, без сна, больной постоянно меняет положение, что ведет к непрестанной боли в суставах и ухудшению разразившегося приступа. С этого времени все усилия, направленные на облегчение боли путем смены положения туловища или конечностей, остаются тщетными."

J. Wyngaarten et al., 1976

почему при подагре боль возникает в ночное время?



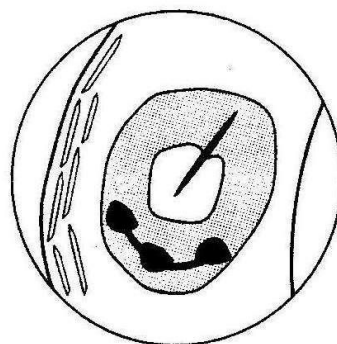
Кристалл попадает в суставную полость



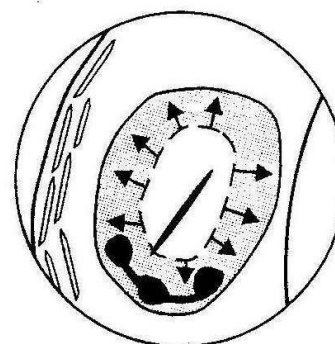
Ig и компоненты комплемента окружают кристалл



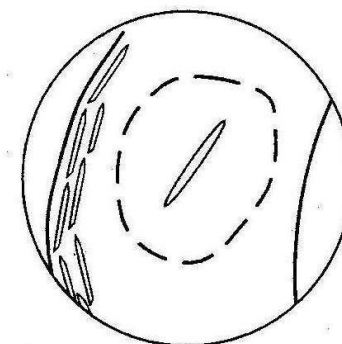
Хемотаксис нейтрофилов и поглощение кристалла



Слияние лизосомы и кристалла



Непереваренный кристалл повреждает лизосому; происходит выход ферментов



Выход лизосомальных ферментов разрушает клетку; воспаление прогрессирует

тофусы – самый достоверный диагностический признак подагры

Тофусы- это большое скопление кристаллов уратов, окружённое грануломатозной тканью, с течением времени тофусы могут кальцифицироваться и даже оссифицироваться

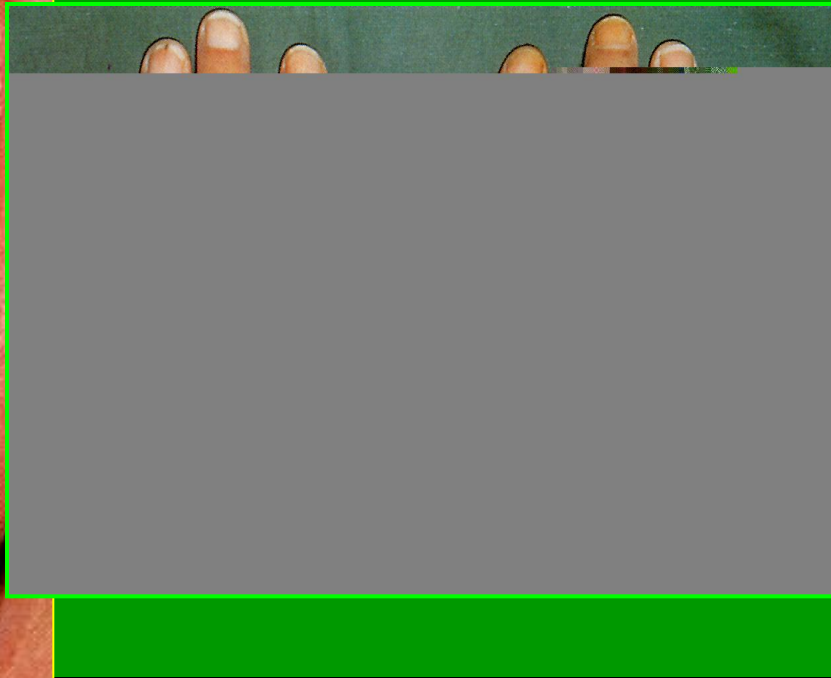




Рис. 1
Топфусы на ушной раковине

Рис. 2
Топфусы вблизи локтевого сустава

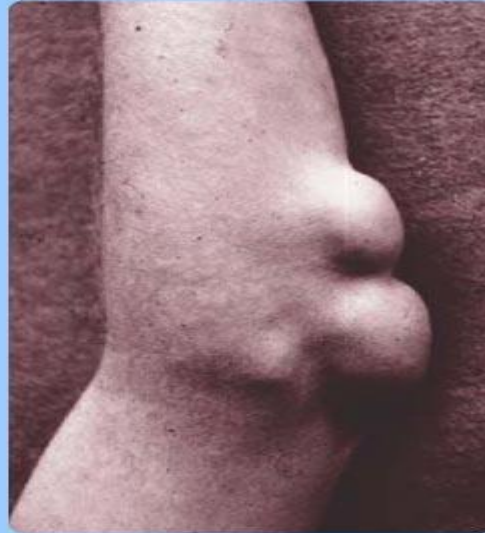


Рис. 3
Топфусы вблизи мелких суставов кистей

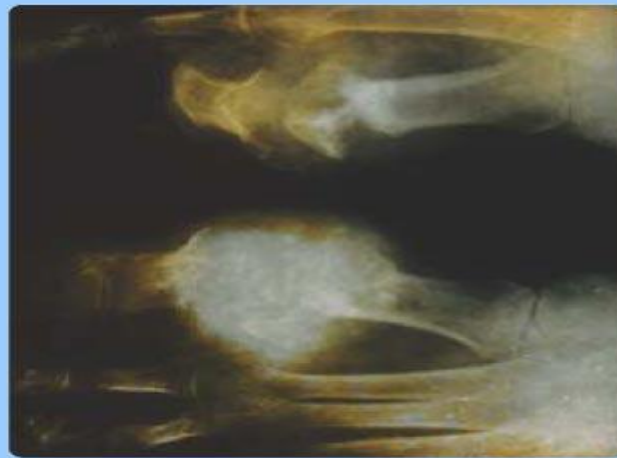


Рис. 4
Рентгенограмма стоп больного подагрой: инфильтрация околосуставных тканей уратами с развитием вторичного остеартроза

Подагра





Подагра

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (РИМ, 1961)

- Гиперурикемия - мочевая кислота в крови более **0,42 ммоль/л** у мужчин и более **0,36 ммоль/л** у женщин
- Наличие подагрических узелков (тофусов)
- Обнаружение кристаллов уратов в синовиальной жидкости или тканях
- Наличие в анамнезе острого артрита, сопровождавшегося сильной болью, начавшегося внезапно и стихнувшего за 1 - 2 дня



Диагноз подагры считается достоверным, если выявляются два любых признака

Подагра

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (New York, 1966)

1. Обнаружение кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости .

2. Наличие 2 или более следующих критериев:

1). Наличие в анамнезе атак, начинавшихся внезапно с сильных болей и наступление ремиссии в течение 1-2 недель.

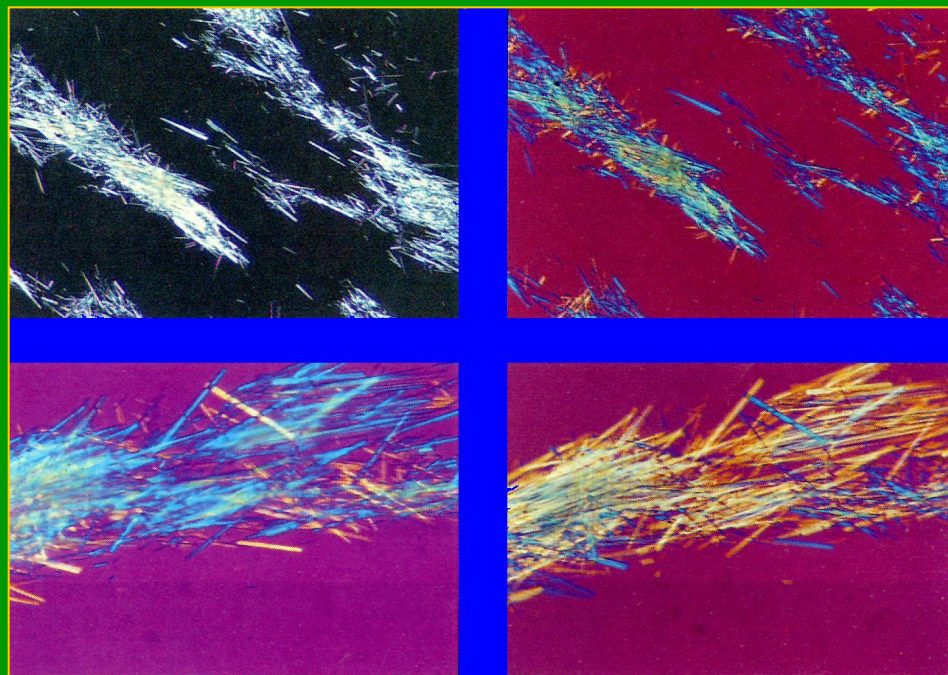
2). Поражение большого пальца ноги.

3). Клинически доказанные тофусы.

4). Наблюдение быстрой реакции на колхицин (48 часов после начала терапии).

Дополнительные методы обследования

- Рентгенография 1 плюснефалангового сустава и кистей
- Содержание мочевой кислоты
(0,36 - 0,42 ммоль/л)
- Поляризационная микроскопия (Ч 69%,
С-97%)



Подагра

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ПРИЗНАК

ХАРАКТЕРИСТИКА

МЯГКИЕ ТКАНИ

УПЛОТНЕНИЕ

● ЭКСЦЕНТРИЧЕСКАЯ ЗАТЕМНЕННОСТЬ,
● ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТОФУСАМИ

КОСТИ / СУСТАВЫ

СУСТАВНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ОТЧЕТЛИВО ПРЕДСТАВЛЕНА

● ЮКСТА - АРТИКУЛЯРНЫЙ ОТСТЕОПОРОЗ ОТСУТСТВУЕТ

● ЭРОЗИИ

▶ ПРОБОЙНИК

▶ КРАЕВОЙ СКЛЕРОЗ

▶ СВЕШИВАЮЩАЯСЯ КРОМКА (OVERHANGING EDGES)



M. Cohen et B. Emmerson, 1994



Типичные симметричные поражения I пальцев стоп. Множественные мягкотканые и внутрикостные тофусы. Эрозии I плюсневых головок. Кальцинаты в мягких тканях в проекции тофусов в области I ПФС.

Подагрический артрит - «надводная часть айсберга» соматических страданий пациента.

**Поражение почек (нефропатия , мочекаменная
болезнь, артериальная гипертензия)**

**Тофусные поражения (внутрикостные тофусы,
поражения позвоночника, сердца, глаз, гортани)**

**Метаболический синдром (ожирение, нарушение
толерантности к глюкозе, гиперлипидемия,
артериальная гипертензия, ИБС)**

Лечение

острой подагрической атаки.

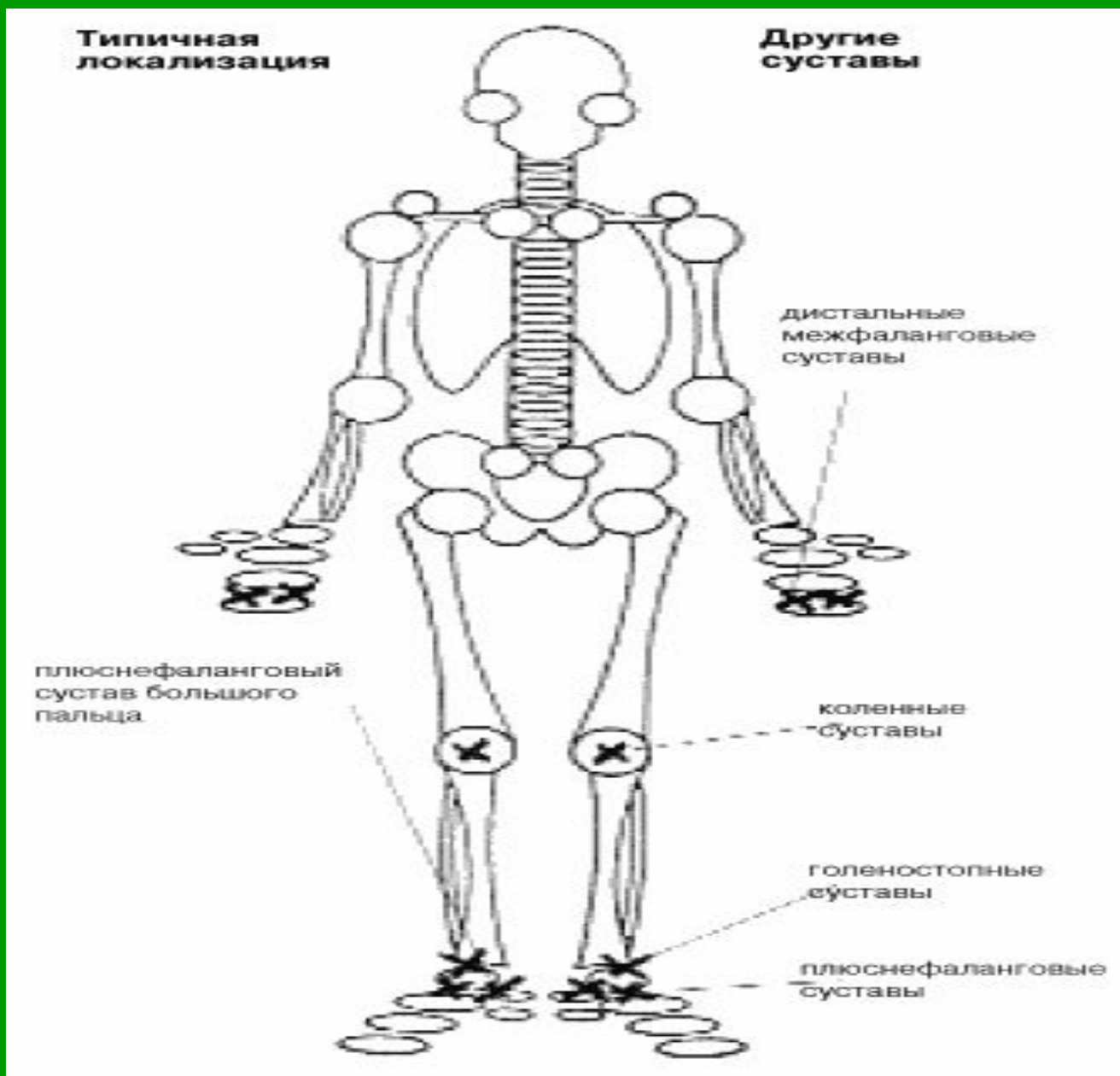
- Колхицин (80% эффективность в течение 48 часов). 0,5 - 1 мг каждые 1-2 часа до купирования приступа. Максимальная доза - 6-8 мг.
- НПВП
(кетонал - до 300 мг\сут)
- Нельзя салицилаты!



Лечение подагрического артрита

- **Диета** - возможно снизить урикозурию на 200-400 мг/сут).
- **Аллопуринол**(0,3-0,4г/сут) - при гиперурикозурии более 900 мг/сут, урикемии 0,6 ммоль/л и наличии тофусов.
- **Колхицин**(0,5мг/сут) - при урикемии менее 0,6 ммоль/л, если нет гиперурикозурии и тофусов.
Предотвращение рецидивов - 74%, клиническое улучшение - 24%.
- **Коррекция КЩС.Цитратные соли**(магурлит, уралит) -6 -18 г/сут до рН6-7.**Бикарбонат натрия** - 2 г/сут.**Диакарб** - 125-250 мг\сут 3-5 дней.

Локализация артрита при подагре





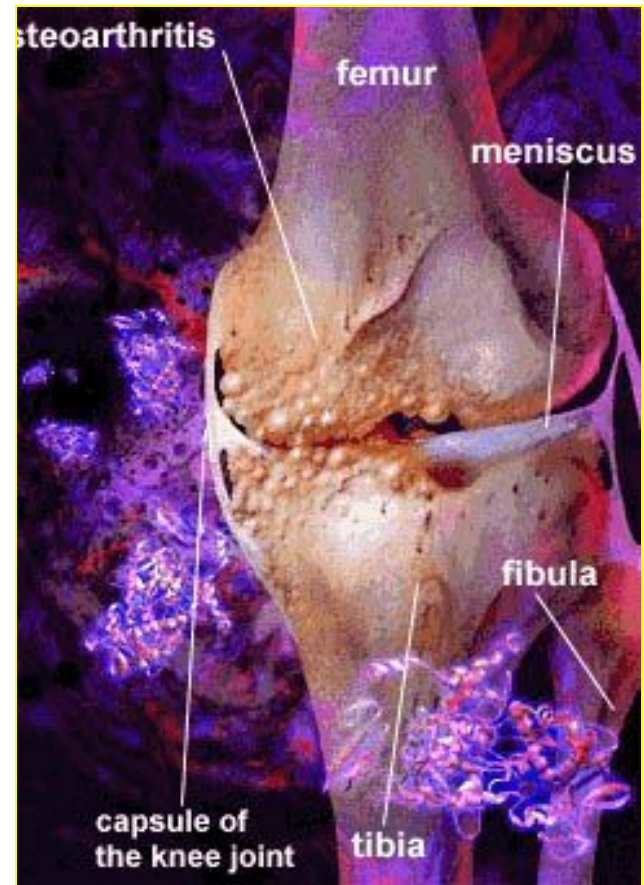
Остеоартроз (ОА) является самым частым заболеванием суставов, клинические симптомы которого наблюдаются у 10-20% населения земного шара, а рентгенологические признаки выявляются более чем у 85% людей старше 60 лет.

Что такое остеоартроз?

*Заболевание,
при котором различные условия
приводят к появлению
симптомов и признаков заболевания
с нарушением целостности хряща,
а также изменениям костей
в околосуставном пространстве.*

Американская ассоциация ревматологов, 1998

Г.



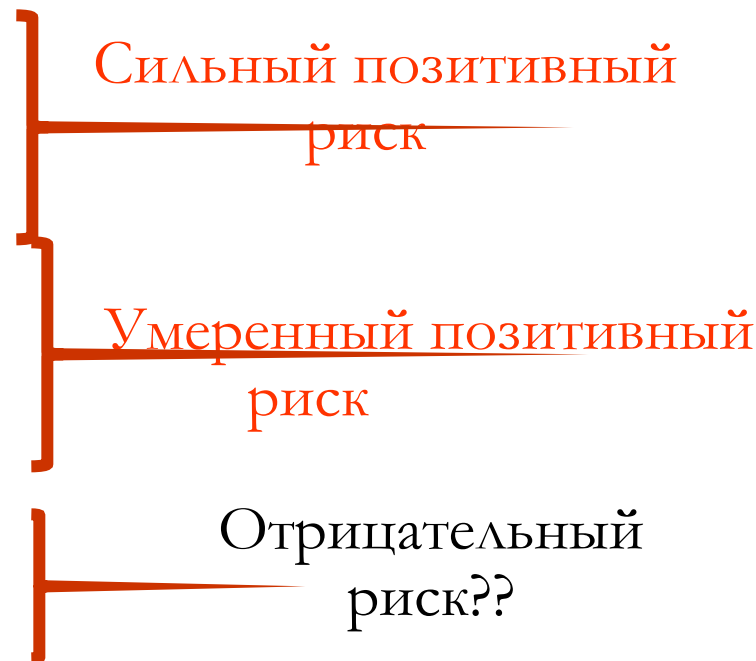
ОА – «гетерогенная группа заболеваний суставов различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими, клиническими признаками и исходом, приводящая к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава - субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц. ОА связан с нарушением нормальных процессов деградации и синтеза хондроцитов внеклеточного матрикса и субхондральной кости»

Felson D.T. 2000г.

причины (факторы риска) остеоартроза

Генерализованный

- Пожилой возраст
- Семейный анамнез
- Избыточный вес
- Ранняя менопауза
- Овариэктомия
- Диабет
- Артериальная гипертензия
- Остеопороз
- Курение



Локализованный

- Нестабильность/гипермобильность суставов
- Аномалия суставной поверхности (врожденная/приобретенная)
- Травма/специфическая физическая нагрузка

остеоартроз

патогенез

Факторы риска развития
ОА

Нарушения синтетической активности хондроцитов

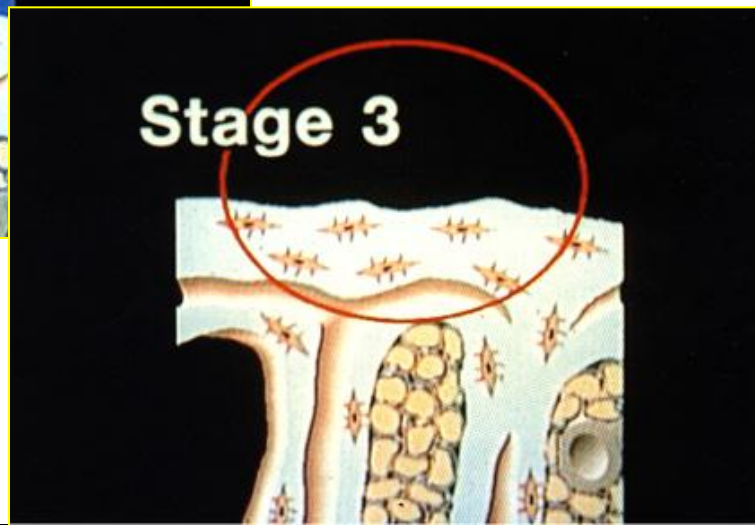
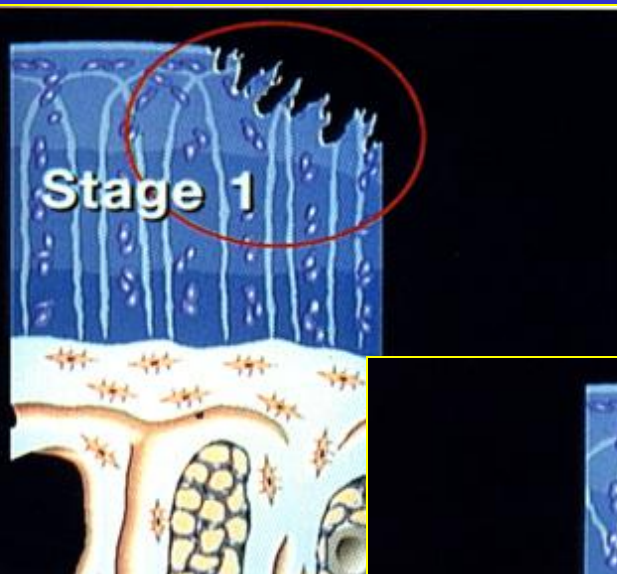
Повреждение матрикса суставного хряща

Угнетение синтеза протеогликанов, разрушение хондроцитов и коллагена (*формирование АГ и запуск аутоиммунного ответа*)

Хроническое воспаление

Усиление дегенерации хряща

Остеоартроз. Стадии.



Если у пациента остеоартроз...

- Боли в суставах усиливаются в конце дня или/и в первую половину ночи.
- Суставные боли становятся более выраженными после механической нагрузки и уменьшаются в покое.
- Деформация суставов за счет костных разрастаний над дистальными межфаланговыми (*узелки Гебердена*) или/и проксимальными межфаланговыми (*узелки Бушара*) суставами.

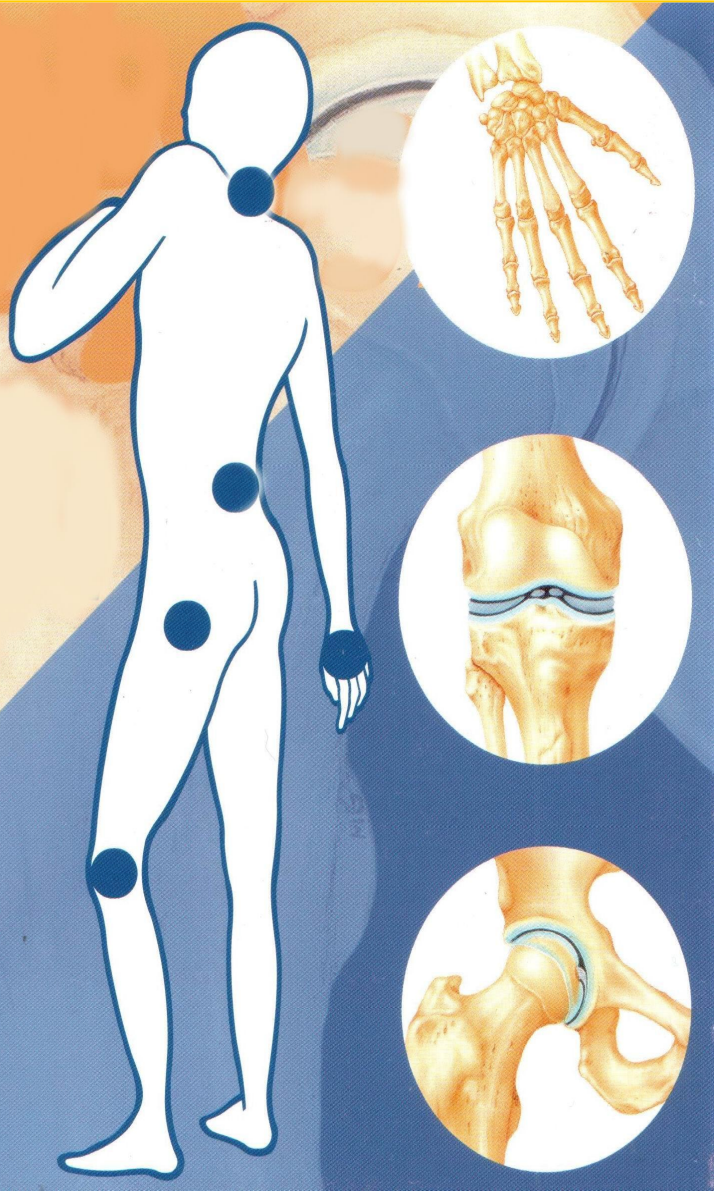
Остеоартроз

Узелки Гебердена и Бушара.



Наличие узелков Гебердена при поражении дистальных и узелков Бушара при поражении проксимальных межфаланговых суставов кистей считается прогностически неблагоприятным признаком для течения ОА и свидетельствует о генетической предрасположенности к данному заболеванию по женской линии (бабушка – мать – дочь).

Какие суставы поражаются при остеоартрозе?



вовлекаются нагрузочные суставы (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые, первый пястно-запястный суставы кистей) и позвоночник

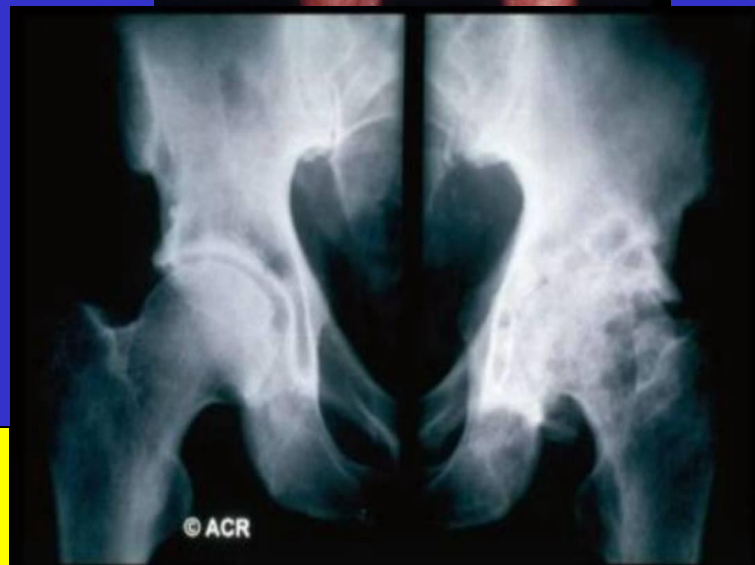
БОЛЬ



НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ

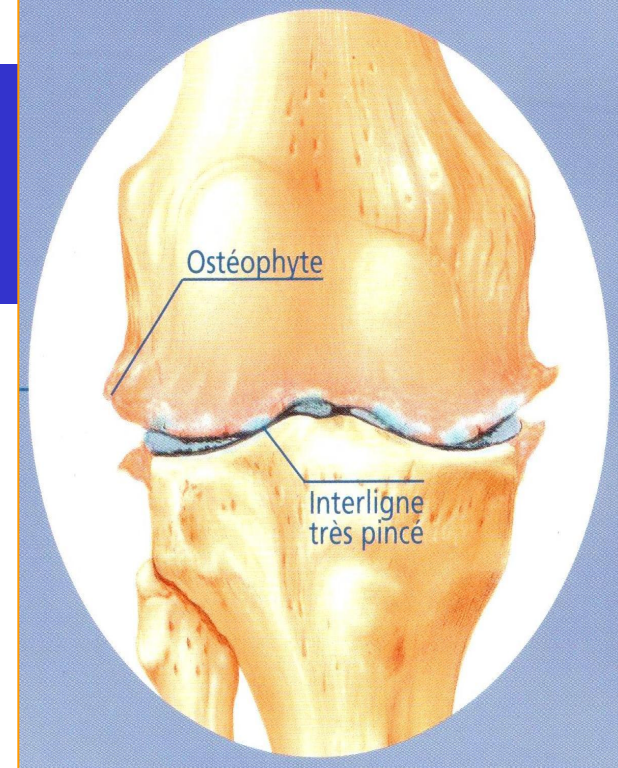


**ДЕФОРМАЦИЯ
СУСТАВОВ**



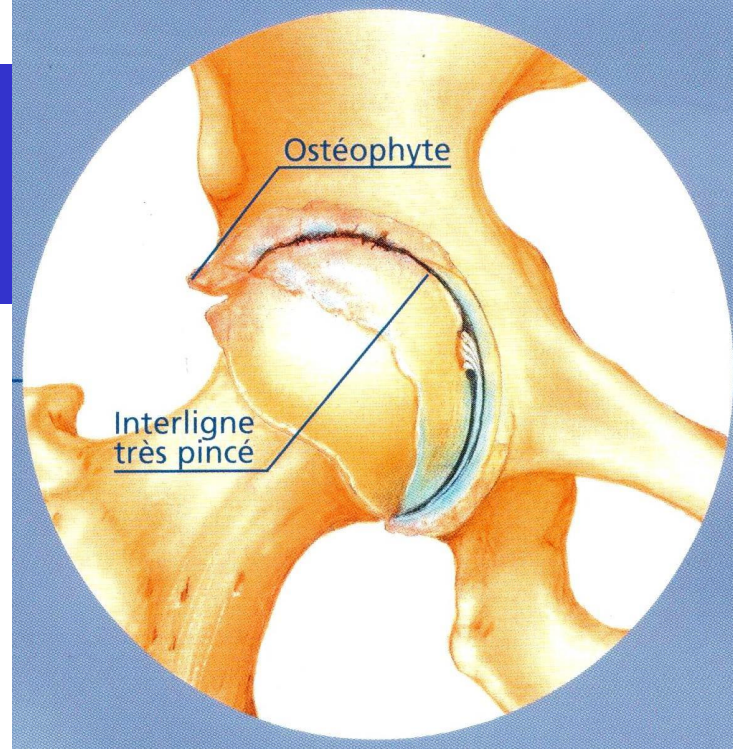
наиболее типичные жалобы пациента *при гонартрозе.*

- Усиление боли после стояния в течение 30 минут.
- Боль при ходьбе.
- Боль или дискомфорт при вставании из положения сидя.
- Боль при ходьбе по лестнице (спускание).
- Невозможность выполнять работу, стоя на коленях.
- Внезапное ощущение потери опоры в пораженной конечности.



наиболее типичные жалобы пациента *при коксартрозе.*

- Ночная боль в области поражен ного сустава.
- Боль возникает, если приходится сидеть более 2 часов, не вставая.
- Боль возникает при попытке сесть в низкое кресло и/или машину.
- Боль провоцирует наклон вперед при попытке поднять предмет с пола, надеть носки.
- Боль при подъеме на лестницу



Какие

дополнительные методы

исследования

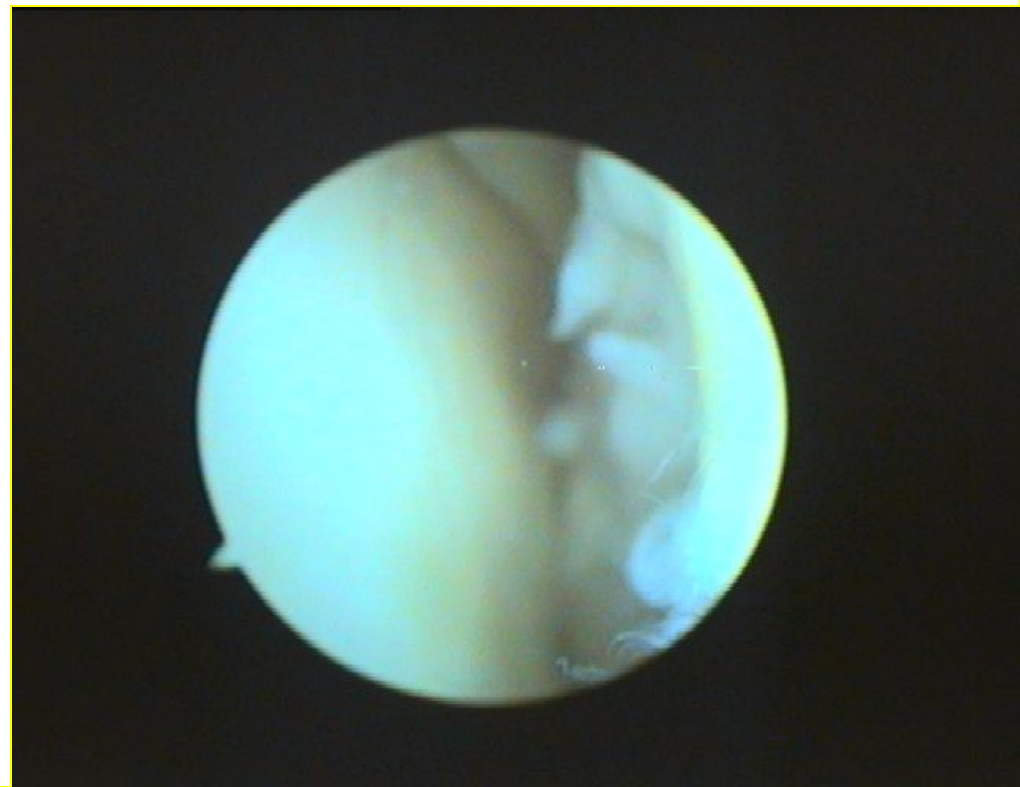
информативны при остеоартрозе?

• **Рентгенологический.**

• **Ультразвуковая
диагностика.**

• **Артроскопия.**

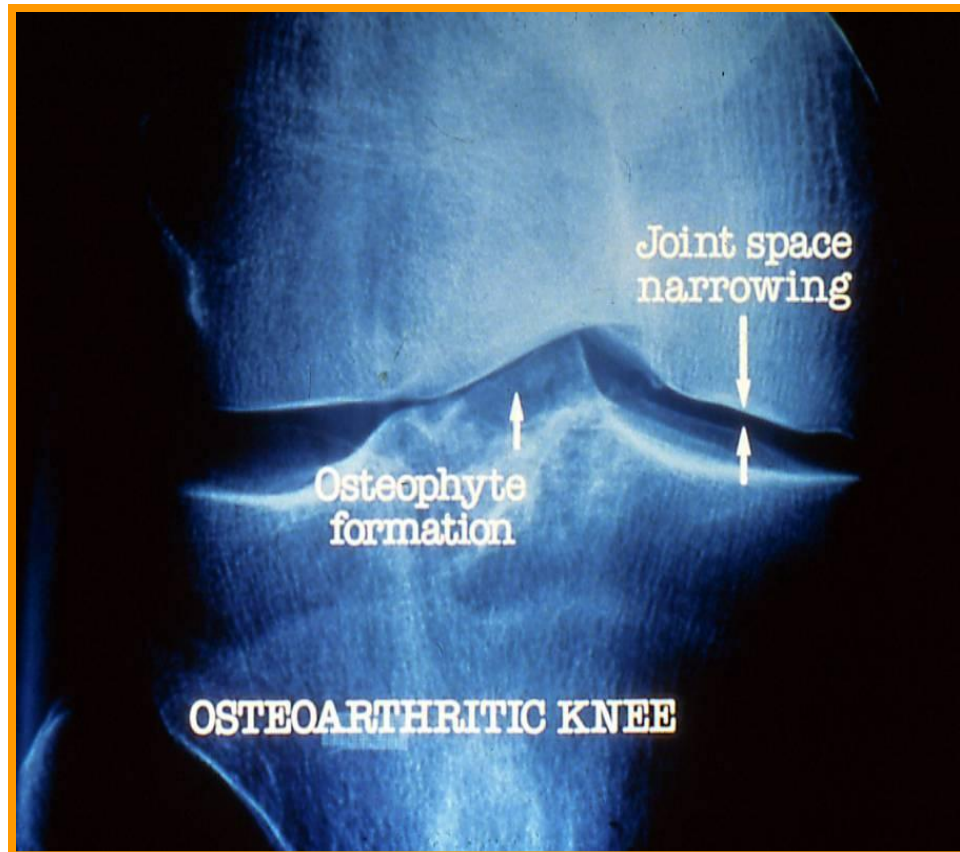
• **ЯМР.**



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ обследования

Рентгенологические признаки ОА:

- сужение суставной щели,
- субхондральный склероз,
- остеофиты, эрозии.

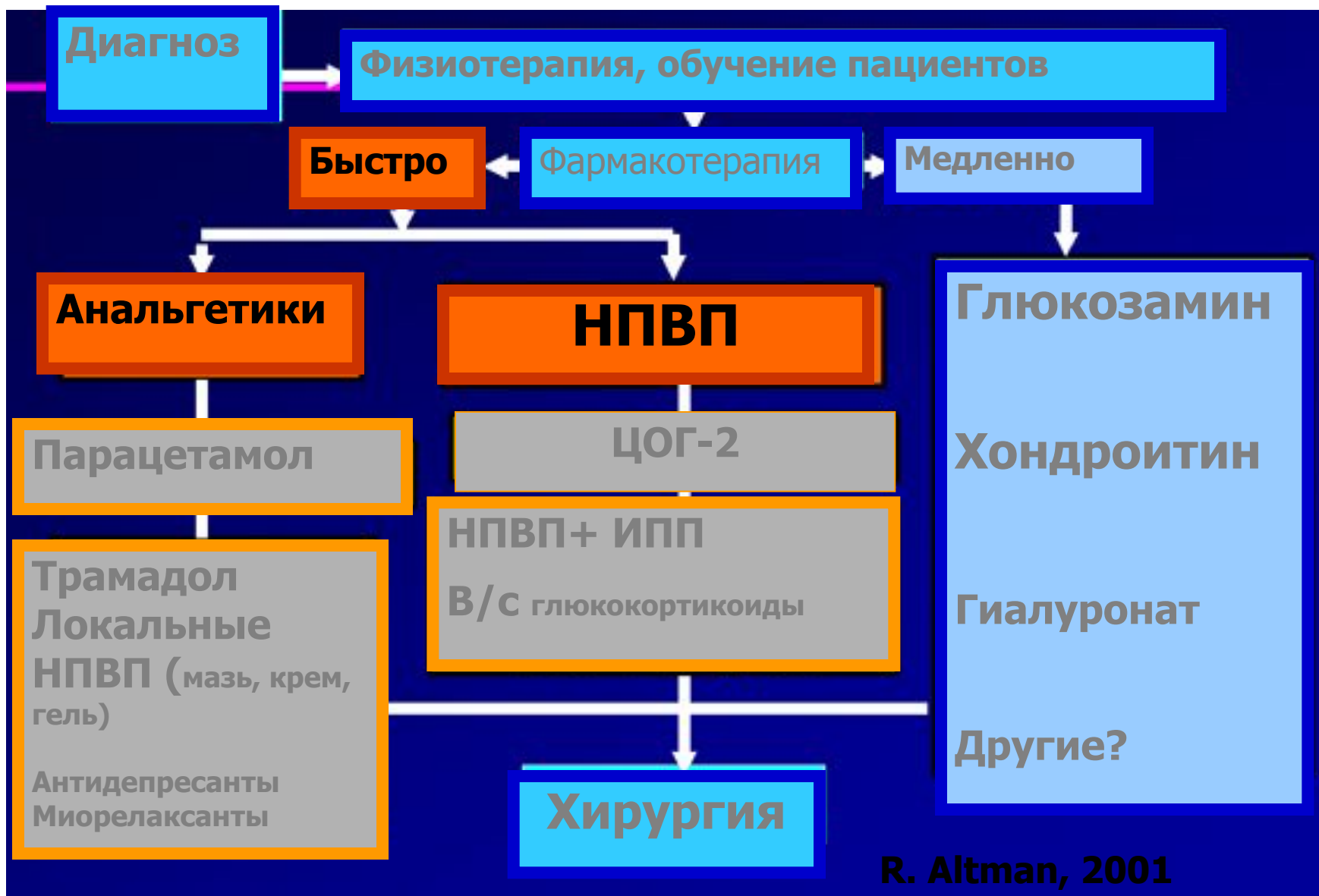


Диагноз:

Основной - Первичный остеоартроз с поражением коленных (гонартроз) и тазобедренных суставов (коксартроз).

Осложнения - Вторичный синовит.
ФНС II степени. Rt 3 стадия.

лечение остеоартроза



10 рекомендаций

EXTENDED REPORT

EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)

K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Hauselmann, G Herrero-Beaumont, P Kaklamanis, S Lohmander, B Leeb, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Mola, K Pavelka, A Pendleton, L Punzi, U Serni, B Swoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, M Dougados

Ann Rheum Dis 2003;000:1-13

1. *Сочетание не фармакологических и фармакологических методов (1B)*
2. *Что надо учитывать*
 - а). Специфические факторы риска
 - б). Общие факторы риска
 - в). Интенсивность боли
 - г). Наличие воспаления
 - д). Локализация и выраженность структурных нарушений

10 рекомендаций

EXTENDED REPORT

EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCSIT)

K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Hauselmann, G Herrero-Beaumont, P Kalkamnis, S Lohmander, B Leeb, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Mola, K Pavelka, A Pendleton, I Punzi, U Serni, B Swoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, M Dougados

Ann Rheum Dis 2003;000:1-13

3. Не фармакологические методы

- обучение (1A)
- упражнения (1B)
- снижение веса
- защита сустава (1B)



10 рекомендаций

4. *Парацетамол (1B)*
5. *Локальная терапия (1B)*
6. *НПВП (при неэффективности парацетамола) (1A)*
7. *ЦОГ-2 ингибиторы (при наличии факторов риска) (1A)*
8. *Опиоидные анальгетики (1B)*
8. *Глюкозамин и хондроитин (1A)*
9. *Внутрисуставные глюкокортикоиды (1B)*
10. *Оперативное лечение*

EXTENDED REPORT

EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)

K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Hauselmann, G Herrero-Beaumont, P Kaklamanis, S Lohmander, B Leeb, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Mola, K Pavelka, A Pendleton, L Punzi, U Serni, B Swoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, M Dougados

Ann Rheum Dis 2003;000:1-13

локализация остеоартроза

Самая частая локализация

запястно-пястный сустав большого пальца

дистальные межфаланговые суставы

плюснефаланговый сустав большого пальца

Другие суставы

шейный отдел позвоночника

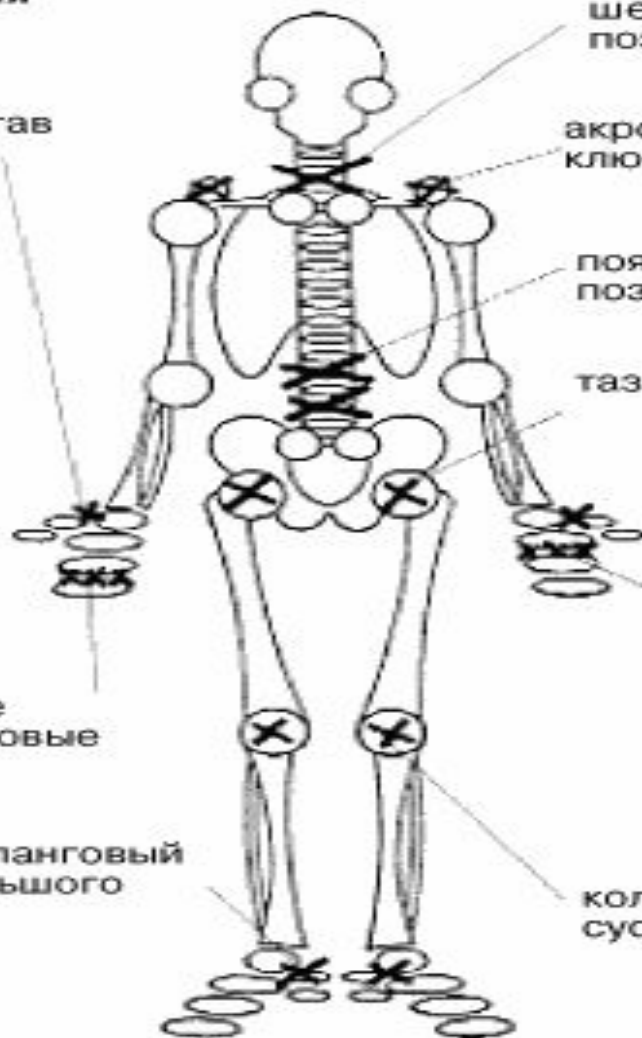
акромиально-ключичные суставы

поясничный отдел позвоночника

тазобедренные суставы

проксимальные межфаланговые суставы

коленные суставы





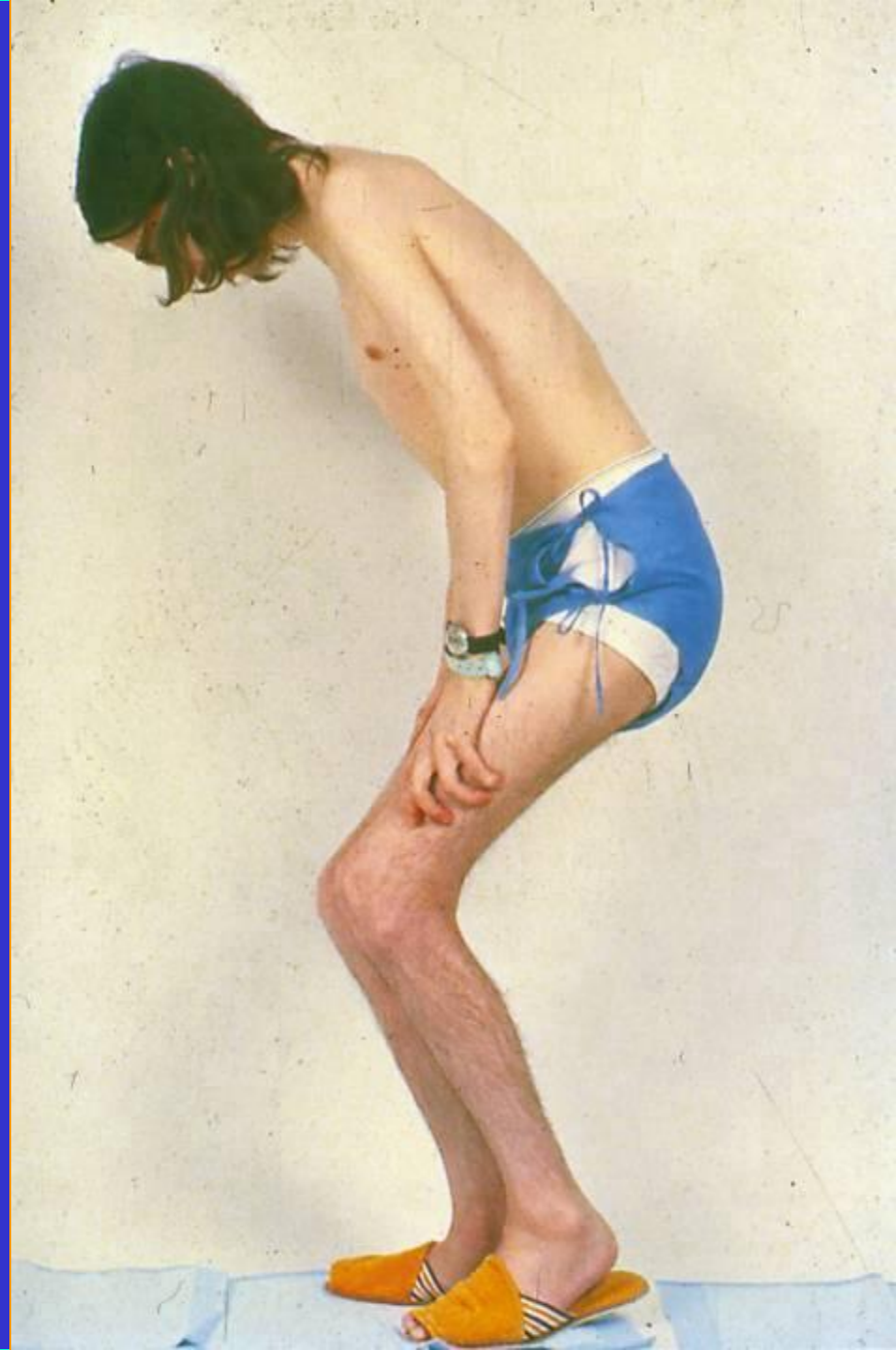
анкилозирующий спондилоартрит

Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)

– ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошные суставы (сакроилеит) и позвоночника (спондилит).

Кроме того, у многих больных встречаются в различных сочетаниях энтезиты (поражение мест прикрепления к костям сухожилий, связок, фиброзной части межпозвоночных дисков, капсул суставов), периферический артрит, поражение глаз (увеит), сердца (миокардит), аорты (аортит), почек (IgA-нефропатия) и других внутренних органов.

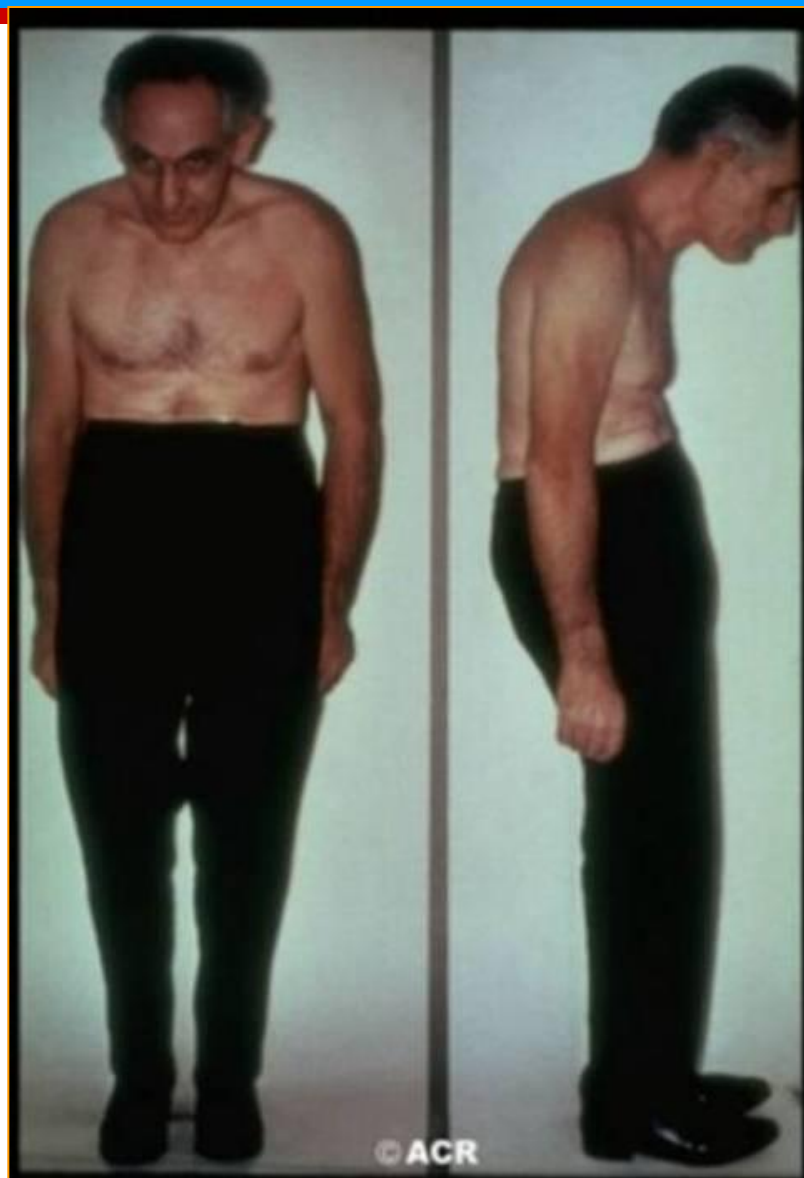
- Боль в крестце, уменьшающаяся при физических упражнениях, в покое - постоянная.
- Выявляемые клинически ограничения подвижности позвоночника и уменьшение экскурсии грудной клетки.
- Симметричный сакроилеит.



диагностические критерии АС:

А. Клинические:

- ❖ боль и скованность в н/части спины >3 мес.
- ❖ ограничение подвижности в поясничной области во фронтальной и сагиттальной плоскости
- ❖ уменьшение экскурсии грудной клетки (с учетом возраста)



диагностические критерии серонегативных спондилоартропатий

Б. Признаки рентгенологические

10. Сакроилеит 2-х сторонний II стадии или односторонний III-IV стадии – 3 балла

В. Генетические особенности:

11. Наличие HLA B27 и/или у родственников – AC, BR, псориаза, увеита, хронической энтеропатии – 2 балла

Г. Чувствительность к лечению:

12. Уменьшение за 48 часов болей при приеме НПВП –1 балл

**СПОНДИЛОАРТРИТ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИ
СУММЕ БАЛЛОВ 6 И БОЛЕЕ**

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С АС





ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ обследования

- Общий анализ крови
- HLA B27
- Рентгенография позвоночника и илеосакрального сочленения

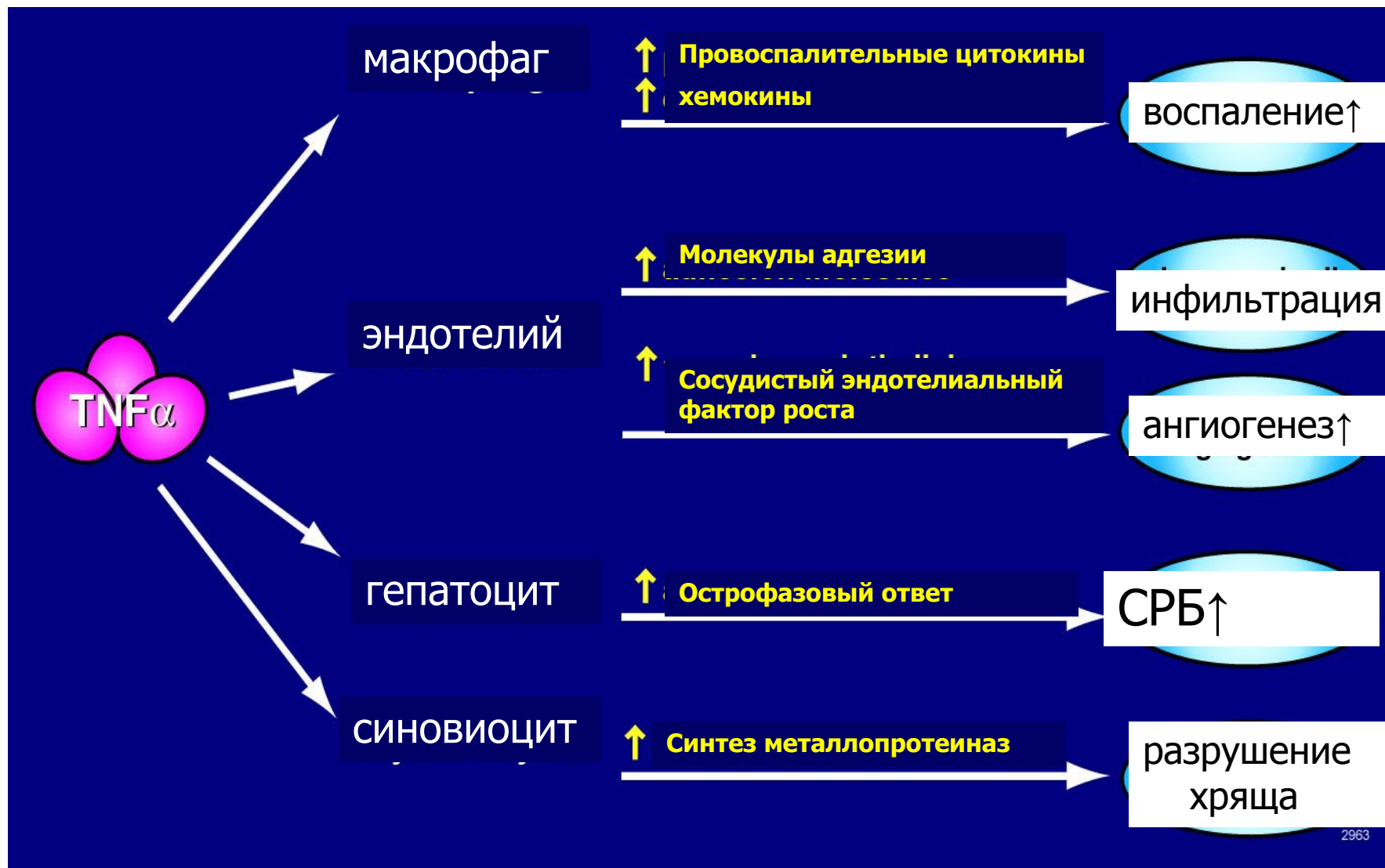




лечение анкилозирующего спондилоартрита

- Симптоматическая терапия:
 - нестероидные противовоспалительные препараты
(вольтарен 150 мг/сут., диклофенак, индометацин,
кетопрофен, мелоксикам, нимесулид);
 - миорелаксанты
(мидокалм 300 мг / сутки).
- Терапия, модифицирующая течение заболевания:
 - сульфасалазин (2 - 4г/сут)
- Терапия, контролирующая течение заболевания
Инфликсимаб (Ремикейд)
- **Образование пациентов, лечебная физкультура**

Основные эффекты ФНОα



почему необходима блокада ФНО-а при ревматоидном артрите? (*ингибиторы ФНО-а* РЕМИКЕЙД (инфликсимаб))

- ФНО-а - важнейший фактор патогенеза РА
- Лечение антителами к ФНОа подавляет воспаление и замедляет прогрессирование болезни потому, что является патогенетическим

ингибиторы ФНО-а РЕМИКЕЙД (инфликсимаб)

- ***Показания к применению в ревматологии***
Ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит.
- ***Способ применения и дозы:*** препарат вводят внутривенно капельно в течение не менее 2 ч, со скоростью не более 2 мл/мин, с использованием инфузионной системы с встроенным стерильным апирогенным фильтром, обладающим низкой белковосвязывающей активностью (размер пор не более 1,2 мкм). 3-5 мг/кг, далее через 2 недели, затем каждые 6-8 недель

Неужели все так просто?



- Количество пораженных суставов .
- Какие суставы поражены в большей степени?
- Симметричность артрита.
- В какое время суток артрит больше всего беспокоит больного?
- Вовлечение позвоночника и
- Наличие сакроиле



- Более 3 (обычно 7-20)
- Мелкие суставы кистей и стоп
- Симметричный
- Во вторую половину ночи и утром.

Особенно шейный отдел.

Отсутствует.

- Количество пораженных суставов.

- Какие суставы поражены в большей степени?

- Симметричность артрита.

- В какое время суток артрит больше всего беспокоит больного?

- Вовлечение позвоночника.

- Наличие сакроилеита.

- Олигоартрит, но при вовлечении суставов кистей м.б. больше.

- Коленные, тазобедренные, суставы кистей(ДМФ).

- Симметричный.

- К вечеру и/или ночью, особенно после физической нагрузки.

- Часто, особенно поясничный отдел.

- Не встречается.

• **Количество пораженных суставов.**

• **Какие суставы поражены в большей степени?**

• **Симметричность артрита.**

• **В какое время суток артрит больше всего беспокоит больного?**

• **Вовлечение позвоночника.**

• **Наличие сакроилеита.**

• **Обычно моноартикулярное поражение.**

• **1 плюснефаланговый.**

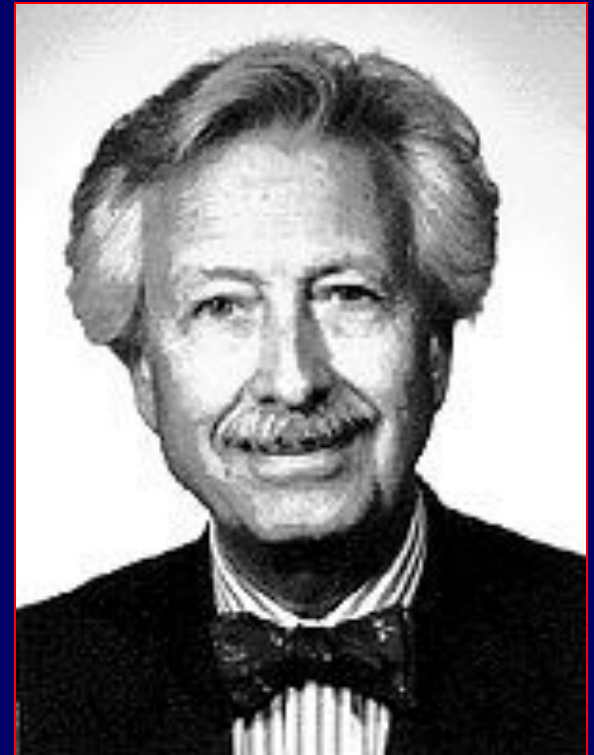
• **Поражение суставов несимметрично.**

• **Обычно ночью. Течение болезни - волнообразное.**

• **Редко.**

• **Отсутствует.**

***«Не говори, что
проблема проста.
Будь она проста,
не было бы
проблемы.»***



M. G. Lequesne