

sanofi aventis

Главное – здоровье



Свобода движения в Ваших руках

 **Арава**TM
лефлуномид

Представительство АО «Санofi-авентис груп (Франция)»:
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2;
тел.: (495) 721-14-00; факс: (495) 721-14-11

Препарат первого выбора
базисной терапии
ревматоидного артрита*

*Kenneth G. Saag et al American College of Rheumatology 2008
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease
Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis.
Arthritis Care & Research, 2008; 59:6, pp. 762–784

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.

RULEF09.12.02

ТОЛЬКО Дипроспан®

бетаметазон

Быстрое и длительное подавление воспаления

Регистрационный номер: П № 013528/01-040708.

Показания к применению. Лечение у взрослых состояний и заболеваний, при которых ГКС-терапия позволяет добиться необходимого клинического эффекта (необходимо учитывать, что при некоторых заболеваниях ГКС-терапия является дополнительной и не заменяет стандартную терапию). Заболевания костно-мышечной системы и мягких тканей, в т.ч. ревматоидный артрит, остеоартроз, бурситы, анкилозирующий спондилит, эпикондилит, радикулит, кокцигодиния, ишиалгия, люмбаго, кривошея, ганглиозная киста, экзостоз, фасцит, заболевания стоп. Аллергические заболевания, в т.ч. бронхиальная астма, сенная лихорадка (поллиноз), аллергический бронхит, сезонный или круглогодичный ринит, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, реакции на укусы насекомых. Дерматологические заболевания, в т.ч. атопический дерматит, монетовидная экзема, нейродермиты, контактный дерматит, выраженный фотодерматит, крапивница, красный плоский лишай, инсулиновая липодистрофия, гнездная alopecia, дискоидная красная волчанка, псориаз, келоидные рубцы, обыкновенная пузырчатка, герпетический дерматит, кистозные угри. Системные заболевания соединительной ткани, включая системную красную волчанку, склеродермию, дерматомиозит, узелковый периартериит. Гемобласты (паллиативная терапия лейкоза и лимфом у взрослых, острый лейкоз у детей). Первичная или вторичная недостаточность коры надпочечников (при обязательном одновременном применении минералокортикоидов). Другие заболевания и патологические состояния, требующие системной ГКС-терапии (адреногенитальный синдром, язвенный колит, регионарный илеит, синдром мальабсорбции, поражения слизистой глаза при необходимости введения препарата в конъюнктивальный мешок, патологические изменения крови при необходимости применения ГКС, нефрит, нефротический синдром). **Способ применения и дозы.** Внутримышечные, внутрисуставные, околосуставные, интрабурсальные, внутрикожные, внутритканевые и внутрисуставные инъекции. Режим дозирования и способ введения устанавливают индивидуально, в зависимости от показания, тяжести заболевания и реакции пациента. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бетаметазону или другим компонентам препарата, или другим ГКС; системные микозы; внутривенное или подкожное введение; при внутрисуставном введении: нестабильный сустав, инфекционный артрит; введение в инфицированные поверхности и в межпозвоночное пространство. **Побочное действие.** Частота развития и выраженность побочных эффектов, как и при применении других ГКС, зависят от величины используемой дозы и длительности применения препарата. Эти явления обычно обратимы и могут быть устранены или уменьшены при снижении дозы. Гипернатриемия, повышение выделения калия, увеличение выведения кальция, гипокалиемический алкалоз, задержка жидкости в тканях; хроническая сердечная недостаточность, повышение артериального давления; мышечная слабость, стероидная миопатия, потеря мышечной массы, усиление миастенических симптомов при тяжелой псевдопаралитической миастении, остеопороз, компрессионный перелом позвоночника, асептический некроз головки бедренной или плечевой кости, патологические переломы трубчатых костей, разрывы сухожилий, нестабильность суставов (при повторных внутрисуставных введениях); эрозивно-язвенные поражения ЖКТ с возможной последующей перфорацией и кровотечением, панкреатит, метеоризм, икота; нарушение заживления ран, атрофия и истончение кожи, петехии, экхимозы, повышенная потливость, дерматит, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидоза, снижение реакции при проведении кожных тестов; судороги, повышение внутричерепного давления с отеком диска зрительного нерва, головокружение, головная боль; эйфория, изменения настроения, депрессия, повышенная раздражительность, бессонница; нарушение менструального цикла, вторичная надпочечниковая недостаточность, синдром Иценко-Кушинга, снижение углеводной толерантности, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, повышение потребности в инсулине или пероральных сахароснижающих препаратах, нарушение внутриутробного развития, задержка роста и полового развития у детей; задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления, глаукома, экзофтальм; в отдельных случаях – слепота (при введении препарата в области лица и головы); отрицательный азотный баланс (из-за катаболизма белка), липоматоз (в т.ч. медиастинальный и эпидуральный липоматоз, которые могут вызвать неврологические осложнения), повышение массы тела; анафилактические реакции, шок, ангионевротический отек, снижение артериального давления; редко – гиперлипидемия, подкожная и кожная атрофия, асептические абсцессы, прилив крови к лицу после инъекции (или внутрисуставного введения), нейрогенная артропатия. **Форма выпуска:** суспензия для инъекций по 1 мл в ампулах. **Условия хранения.** В недоступном для детей и защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С. Не замораживать! Полную информацию о препарате Дипроспан см. в Инструкции по Применению.



За дополнительной информацией обращаться
в ООО «Шеринг-Плау», часть MSD:
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2
Тел.: +7 (495) 916-7100, факс: +7 (495) 916-7094

SP-PR-DIP 05-03-2010

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта при острой боли

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**^{1,2,a}
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**^{1,2,a}



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^bПрепарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток².

1 РАЗ В СУТКИ

Аркоксия
(эторикоксиб, MSD)

^aВ рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n = 75), 120 мг (n = 76), 180 мг (n = 74) и 240 мг (n = 76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n = 48) или плацебо (n = 49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®, МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции Helicobacter pylori, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА® требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гипонатриемный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России "Мерк Шарп и Доум Идеа, Инк."

Литература: 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in ash te pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004;26(5):667-679. 2. Данные компании MSD. Перед назначением препарата АРКОКСИА® пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению, в особенности с разделами, посвященными, противопоказаниям и мерам предосторожности.



Дата создания материала июль 2009 г. Авторские права Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Адрес: ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 119049, г. Москва, Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 495 916 71 00, факс: +7 495 916 70 94, HYPERLINK «http://www.merck.com» www.merck.com. 09-2012-ACX-2009-RUCA-013 (W-1245704)-JA

Предотвращение
остеопоротических
переломов

2800 МЕ
Витамина Д



алендронат/колекальциферол

Единственный способ лечения остеопороза, который обеспечивает:

- доказанное предотвращение переломов бедра и позвоночника плюс 2800 МЕ витамина D
- в 1 таблетке для приема 1 раз в неделю



Реальный
размер таблетки

Фосаванс® показания к применению:

- Лечение остеопороза у женщин в постменопаузе для предупреждения развития переломов (в том числе переломов бедра и компрессионных переломов позвоночника) и обеспечения адекватного поступления витамина D.
- Лечение остеопороза у мужчин для предотвращения возникновения переломов и обеспечения адекватного поступления витамина D. ⁽¹⁾

Противопоказания:

Заболевания пищевода, замедляющие его опорожнение, неспособность больного оставаться в вертикальном положении в течение 30 минут; Гиперчувствительность к любому компоненту препарата; Гипокальциемия; Тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 35 мл/мин); Беременность и грудное вскармливание; Детский возраст (до 18 лет); Тяжелый гипопаратиреоз; Тяжелый дефицит витамина D; Мальабсорбция кальция. ⁽¹⁾

В постмаркетинговой клинической практике у пациентов, принимающих бисфосфонаты для лечения остеопороза, в некоторых случаях отмечались боли в костях и/или мышечные боли. Симптомы наблюдались от одного дня до нескольких месяцев от начала лечения. В случае усиления боли лечение следует прекратить. У большинства пациентов наблюдалось уменьшение симптомов после прекращения лечения. ⁽²⁾

Описаны случаи остеонекроза челюсти, обычно связанного с предшествующей экстракцией зуба и/или локальной инфекцией, часто с замедленным заживлением, у пациентов, принимающих бисфосфонаты. ⁽¹⁾

Литература:

1. Инструкция по применению препарата Фосаванс®
2. Worldwide Product Circular for FOSAVANCE, 2007.

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции по применению.

ФОСАВАНС® – зарегистрированная торговая марка компании «Мерк и Ко., Инк.»



Адрес: 21059, г. Москва, пл. Европы, д. 2
Гостиница Рэдиссон/Славянская
Южное крыло, 2-й этаж
Тел: 7 (495) 941-82-75
Факс: 7 (495) 941-82-76
www.merck.com, www.msdl.ru
10-10-FSV-2009-RUCA-09(W-1224165J)

СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2007 г.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Е.Л. Насонов

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.Г. Барскова, *докт. мед. наук*

Ответственный секретарь

О.Н. Егорова, *канд. мед. наук*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Б.С. Белов, *докт. мед. наук*

И.С. Дыдыкина, *канд. мед. наук*

Д.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

А.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

И.П. Никишина, *канд. мед. наук*

Н.А. Шостак, *докт. мед. наук*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Э. Атаханова (*Узбекистан*)

А.В. Глазунов (*Москва*)

В.О. Горбачев (*Германия*)

Л.Г. Гроппа (*Молдова*)

А.И. Дубиков (*Владивосток*)

И.В. Егоров (*Москва*)

Н.В. Загородний (*Москва*)

И.А. Зборовская (*Волгоград*)

Т.К. Логинова (*Москва*)

Л.В. Лучихина (*Москва*)

К.А. Лыткина (*Москва*)

Н.А. Мухин (*Москва*)

С.Е. Мясоедова (*Иваново*)

О.А. Назарова (*Иваново*)

Б.Ф. Немцов (*Киров*)

Ш.Ф. Одинаев (*Таджикистан*)

Л.А. Стаднюк (*Москва*)

С.Ш. Сулейманов (*Хабаровск*)

Т.Д. Тябут (*Беларусь*)

Н.А. Хитров (*Москва*)

П.А. Чижов (*Ярославль*)

SCIENTIFIC SUPERVISOR

acad. RAMS E.L. Nasonov

EDITOR-IN-CHIEF

V.G. Barskova, MD

Executive Secretary

O.N. Egorova, PhD

EDITORIAL BOARD

B.S. Belov, MD

I.S. Dydykina, PhD

D.E. Karateyev, MD

A.E. Karateyev, MD

I.P. Nikishina, PhD

N.A. Shostak, MD

EDITORIAL BOARD

L.E. Atakhanova (*Uzbekistan*)

A.V. Glazunov (*Moscow*)

V.O. Gorbachev (*Germany*)

L.G. Groppa (*Moldova*)

A.I. Dubikov (*Vladivostok*)

I.V. Yegorov (*Moscow*)

N.V. Zagorodniy (*Moscow*)

I.A. Zborovskaya (*Volgograd*)

T.K. Loginova (*Moscow*)

L.V. Luchikhina (*Moscow*)

K.A. Lytkina (*Moscow*)

N.A. Mukhin (*Moscow*)

S.Ye. Myasoyedova (*Ivanovo*)

O.A. Nazarova (*Ivanovo*)

B.F. Nemtsov (*Kirov*)

Sh.F. Odinaev (*Tadzhikistan*)

L.A. Stadnyuk (*Moscow*)

S.Sh. Suleimanov (*Khabarovsk*)

T.D. Tyabut (*Belarus*)

N.A. Khitrov (*Moscow*)

P.A. Chizhov (*Yaroslavl*)

4'10

Предпечатная подготовка
ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 941-99-61

e-mail: info@ima-press.net;

podpiska@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.
Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

ПИ № ФС 77-28 869 от 25 июля 2007 г.

Современная
ревматология,
2010, №4, 1–92

Отпечатано
в типографии
«Деком»

Тираж 3000 экз.

Электронная версия журнала в Научной электронной библиотеке: <http://www.elibrary.ru>
на сайте НИИР РАМН: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>

С О Д Е Р Ж А Н И Е

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ю.А. Олюнин

Рекомендации EULAR/EFORT по диагностике и начальному этапу ведения больных с острой или недавно возникшей припухлостью коленного сустава	7
--	---

ЛЕКЦИЯ

Т.В. Аснер, А.Н. Калягин

Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения	11
---	----

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В.И. Васильев, В.Р. Городецкий, О.А. Логвиненко, Н.А. Пробатова,
Е.Ю. Варламова, А.И. Павловская, М.А. Френкель, С.Х. Седышев,
С.Г. Пальшина, Е.Л. Насонов

Дифференциальная диагностика плазматических дискразий в ревматологической практике	16
--	----

Н.В. Шатрова, Т.А. Раскина

Качество жизни пожилых пациентов с остеоартрозом в сочетании с остеопеническим синдромом	24
--	----

И.М. Марусенко

Оценка эффективности стандартных базисных противовоспалительных препаратов и сроков начала базисной терапии при ревматоидном артрите	32
--	----

Т.А. Выговская

Комбинированная терапия Амелотексом и КомплигамомВ у больных остеоартрозом	40
--	----

И.Г. Салихов, Л.И. Мясоутова, С.А. Лапина, А.Г. Васильев,
З.Н. Нигматуллина, Р.Г. Мухина, Р.З. Абдракипов, Э.Л. Юнусова

Эффективность и переносимость адалимумаба (Хумира) у пациентов с активным ревматоидным артритом	44
---	----

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Т.А. Раскина

Ацеклофенак: терапевтическая эффективность при остеоартрозе	51
---	----

О.Б. Ершова

Патогенетическое лечение стронция ранелатом женщин с постменопаузальным остеопорозом	54
--	----

Н.В. Чичасова

Клиническое обоснование применения различных форм препарата Терафлекс при остеоартрозе	59
--	----

Г.Р. Имамединова, Н.В. Чичасова,
Е.Л. Насонов, Е.В. Иголкина

Симптоматическая терапия хронических заболеваний суставов	66
---	----

В.В. Бадюкин, И.А. Трошкина, Ю.Л. Корсакова

Ингибиторы фактора некроза опухоли α в терапии псориатического артрита	72
---	----

ШКОЛА МОЛОДОГО РЕВМАТОЛОГА

Ф.М. Кудяева, М.С. Елисеев,
С.А. Владимиров, В.Г. Барскова

Артропатия Шарко: место встречи ревматолога и эндокринолога	77
---	----

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

А.В. Смирнов

Дифференциальная рентгенологическая диагностика изменений в суставах кистей и дистальных отделов стоп при ревматических заболеваниях	83
--	----

ОБЗОР

А.Г. Бочкова

Эффективность и переносимость эторикоксиба у больных активным анкилозирующим спондилитом: обзор литературы	89
--	----

ИНФОРМАЦИЯ

Эндопротезирование в Германии по малобюджетной схеме	50
--	----

Рекомендации EULAR/EFORT по диагностике и начальному этапу ведения больных с острой или недавно возникшей припухлостью коленного сустава

Ю.А. Олюнин

НИИ ревматологии РАМН, Москва

Особенности ряда скелетно-мышечных заболеваний диктуют необходимость привлечения представителей различных медицинских специальностей для оказания эффективной помощи пациенту. Принимая во внимание наличие существенных расхождений методов диагностики и лечения в различных отраслях медицины, две профессиональные организации — Европейская противоревматическая лига (EULAR) и Европейская федерация национальных ассоциаций ортопедии и травматологии (EFORT) — приняли решение о создании экспертных комиссий для унификации принципов диагностики и лечения для разных специальностей. Первым этапом этой работы стала унификация диагностических процедур для больных с острой или недавно возникшей припухлостью коленного сустава (ОНВПКС). Данная тема была выбрана по нескольким причинам. Во-первых, ОНВПКС довольно часто встречается в ревматологической и ортопедической практике. Во-вторых, такая симптоматика может быть индуцирована многими заболеваниями, относящимися к обоим специальностям. В-третьих, определение ОНВПКС было расценено как достаточно конкретное. Экспертной группой подготовлено 10 рекомендаций, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи [1].

Распознавание

У больного с ОНВПКС должно быть проведено тщательное клиническое исследование для подтверждения наличия припухлости.

Заболеваемость и распространенность ОНВПКС в популяции изучены недостаточно. В исследовании, проведенном в Великобритании, ОНВПКС на протяжении жизни встречалась в 27% случаев, в итальянском исследовании — в 10% [2, 3]. В общей сложности 10% из 1404 мужчин, заполнивших соответствующий опросник в Великобритании, сообщили, что отмечали припухлость на протяжении последнего месяца. Симптомы поражения коленного сустава на протяжении жизни встречались чаще. В Великобритании они зарегистрированы в 54% случаев, в Скандинавии — в 17% [4]. Но такие симптомы часто бывают представлены болью без припухлости. Еще один способ получения информации по данному вопросу — определение распространенности конкретных нозологических форм, например гонартроза, который выявлялся у 5,4–10,1% больных. Однако при этом следует учитывать, что гонартроз сравнительно редко сопровождается припухлостью коленного сустава. Хотя все эти данные позволяют лишь косвенно и приблизительно оценить распространенность ОНВПКС, они показывают, что эта патология встречается нередко. Например, среди первых 94 больных, наблюдавшихся в клинике очень раннего артрита в Таллине,

припухлость коленного сустава наблюдалась у 39 (у 12 из них поражение носило моноартикулярный, у 18 — олигоартикулярный и у 9 — полиартикулярный характер) [5].

Формулировка первой рекомендации основана на личном опыте ревматологов и ортопедов, которые утверждают, что у значительной части больных, которые обращаются по поводу ОНВПКС, припухлость сустава в действительности отсутствует. Поэтому было решено, что врач (ревматолог или хирург-ортопед) должен определить, есть ли у больного припухлость (увеличение объема соответствующей анатомической области), хотя имеющиеся немногочисленные публикации показывают, что мнения врачей по данному вопросу зачастую не совпадают.

Направление к специалисту

Больные с подозрением на инфекционный артрит, а также с припухлостью коленного сустава, появившейся в первые 12 ч после травмы, должны быть немедленно направлены к специалисту, имеющему опыт лечения скелетно-мышечных заболеваний.

Опухоли костей встречаются редко, но больной с подозрением на опухоль кости должен быть направлен к хирургу-ортопеду в течение 1 нед. Больной с подозрением на воспалительное заболевание суставов должен быть направлен к ревматологу в течение 6 нед. Эксперты-ревматологи выделили инфекционный артрит как причину ОНВПКС, которую нельзя пропустить. В свою очередь эксперты-ортопеды выделили злокачественную опухоль кости как диагноз, который нельзя пропустить. Оба заболевания встречаются редко и составляют лишь малую часть обращений по поводу ОНВПКС. Эксперты единодушно решили, что подозрение на инфекционный артрит следует рассматривать как неотложное состояние, поскольку при отсутствии адекватного лечения он может представлять угрозу для жизни, особенно при снижении иммунного ответа (у ослабленных больных и у тех, кто получает иммунодепрессанты). Кроме того, инфекция может быстро разрушить сустав. К факторам риска инфекционного артрита относятся пожилой возраст, наличие коморбидных заболеваний, таких как сахарный диабет и ревматоидный артрит (РА), недавно перенесенные хирургические вмешательства или внутрисуставные манипуляции, протезирование тазобедренного или коленного суставов, недавние кожные инфекции.

Больные, у которых припухлость появилась в ранние сроки (в первые 12 ч после травмы), должны быть немедленно направлены к специалисту в связи с подозрением на перелом, который требует неотложного лечения. Больной с подозрением на опухоль кости в течение ближайшей недели должен быть направлен к хирургу-ортопеду, лучше к специалисту по костным опухолям, для адекватного диагностического обследования.