

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта^{1,2,а}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

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

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^бПрепарат 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)

^аВ 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; гриппоподобный 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 Идея, Инк.», 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2, Гостиница «Рэдиссон-Славянская», Южное крыло, тел. (495) 941-82-75, факс (495) 941-82-76.

Литература: 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in aaw 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.

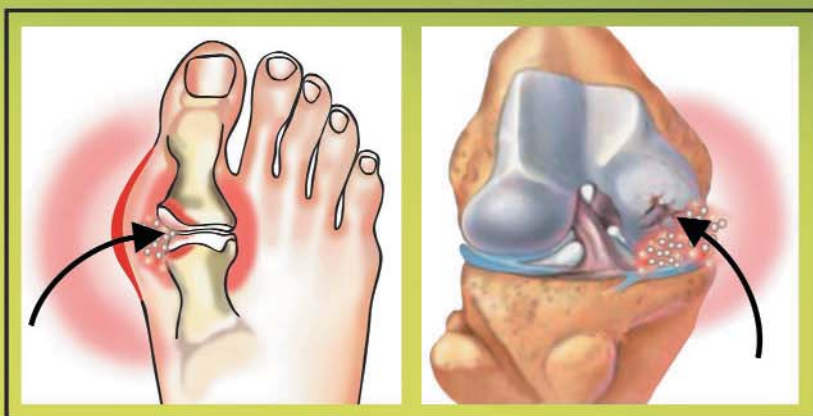


Мерк Шарп и Доум ИДЕА, Инк. 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2. Тел.: (495) 941-82-75. Факс: (495) 941-82-76. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Аркоксия® Зарегистрированная торговая марка компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. Авторские права MSD Idea Inc, Glattbrugg, Switzerland, 2009. Все права защищены. 07-11-АСХ-2009-РУСА-013(W-1245704)-J.

УРИСАН

Эффективная помощь при подагре

www.podagre.net



- Нормализует пуриновый обмен
- Выводит избыток мочевой кислоты и ее солей из организма
- Стимулирует почечную фильтрацию
- Может применяться в период обострения, в том числе при отмене аллопуринола

Клинические исследования проводились
в Институте ревматологии
Российской академии
медицинских наук (Москва)

Рекомендован ведущими
ревматологами России

Может применяться длительно

Не вызывает привыкания
и синдрома отмены

Реализуется в аптечных сетях,
доступен по цене

Растительный
препарат
компаний



8 ЛЕТ
РАБОТАЕТ
ДЛЯ ВАС

Наши дистрибьюторы - ведущие фармацевтические компании.

Розничные продажи: 78 регионов, более 40 крупнейших аптечных сетей России, более 30 000 аптек.

109012, Москва, Варварка, 14. Тел. (495) 229-14-30 (многоканальный)

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*)

Предпечатная подготовка
ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

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

Телефон: (495) 721-48-20

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.

2'10

Современная
ревматология,
2010, №2, 1–104

Отпечатано
в типографии
ООО «Графика»

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

ЛЕКЦИЯ

*В.Г. Барскова, А.Е. Ильина, Л.А. Семенова,
С.Г. Раденска-Лоповок, М.А. Осипяни, А.В. Смирнов, М.А. Макаров*

Пирофосфатная артропатия — ревматологический синдром «айсберга»: время для переоценки значения в патологии суставов	5
---	---

Ю.Л. Корсакова

Болезнь Педжета: современные методы лечения	11
---	----

ОБЗОРЫ

О.А. Конева

Значение циклофосфана в лечении интерстициального поражения легких у больных системной склеродермией (обзор литературы)	18
---	----

З.С. Алекберова, В.Г. Барскова

Колхицин в ревматологии — вчера и сегодня. Будет ли завтра?	25
---	----

Е.С. Федоров, С.О. Салугина

Циклоспорин А в терапии ювенильных артритов	29
---	----

Д.Е. Каратеев

Современный взгляд на проблему быстропрогрессирующего ревматоидного артрита	36
---	----

Е.Г. Зоткин

Влияние ибандроната на риски вертебральных и невертебральных переломов при постменопаузальном остеопорозе (обзор клинических исследований)	41
--	----

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

М.С. Светлова

Влияние длительной терапии Терафлексом на симптомы и качество жизни у больных с ранними стадиями гонартроза	46
---	----

Ф.С. Жарская, О.П. Полковникова, В.Г. Кохан, А.Г. Мошнина

Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра»	53
--	----

О.Н. Бахарева, А.В. Соловьева, Л.В. Чичановская, В.М. Брянцева

Опыт применения комбинированной сочетанной терапии Амелотексом® и КомплигамомВ® у больных с проявлениями синовита на фоне остеоартроза коленных суставов	57
--	----

Т.Н. Халфина, И.Г. Салихов, С.П. Якупова

Применение растительного препарата Урисан в качестве базисной терапии подагры	61
---	----

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Н.В. Середавкина, Д.В. Буренчев, Т.М. Решетняк

Актовегин в комплексной терапии сосудистых нарушений при антифосфолипидном синдроме	65
---	----

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Ю.А. Олюнин

Боль при ревматоидном артрите. Особенности развития и методы коррекции	73
--	----

Т.А. Лисицына, Н.М. Кошелева

Антималарийные препараты в терапии системной красной волчанки: прошлое, настоящее, будущее	80
--	----

Р.М. Балабанова

Влияние селективных ингибиторов ЦОГ 2 на сердечно-сосудистую систему при ревматических заболеваниях	87
---	----

И.А. Баранова

Проблемы профилактики и лечения глюкокортикоидного остеопороза	93
--	----

ФАРМАКОЭКОНОМИКА

М.В. Пчелинцев, Э.Э. Звартау, А.Н. Кубынин

Фармакоэпидемиологические показатели применения сильных опиоидов в Санкт-Петербурге и различия в подходах к их использованию при ревматических заболеваниях, сопровождающихся интенсивной хронической болью	99
---	----

Пирофосфатная артропатия — ревматологический синдром «айсберга»: время для переоценки значения в патологии суставов

В.Г. Барскова, А.Е. Ильина, Л.А. Семенова, С.Г. Раденска-Лоповок, М.А. Осипянц, А.В. Смирнов, М.А. Макаров
НИИ ревматологии РАМН, Москва

В статье изложены современные представления об эпидемиологии, патогенезе, диагностике, классификации пирофосфатной артропатии (ПФА). Приведено описание морфологического исследования структуры коленного сустава после тотального протезирования у пациента с диагнозом «остеоартроз». Рассмотрены причины низкой выявляемости заболевания. Детально проанализированы сложности лабораторной и инструментальной диагностики ПФА.

Ключевые слова: пирофосфатная артропатия, кристаллы пирофосфата кальция, хондрокальциноз.

Контакты: Виктория Георгиевна Барскова barskova@irramn.ru

PYROPHOSPHATE ARTHROPATHY IS A RHEUMATOLOGICAL ICEBERG SYNDROME: TIME TO REASSESS ITS IMPORTANCE IN JOINT DISEASES

V.G. Barskova, A.E. Ilyina, L.A. Semenova, S.G. Radenska-Lopovok, M.A. Osipyants, A.V. Smirnov, M.A. Makarov
Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper provides the present views of the epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and classification of pyrophosphate arthropathy (PPA). It describes a morphological study of the structure of the knee joint after total prosthetics in a patient diagnosed as having osteoarthritis. Reasons for low detection rates of the disease are considered. Difficulties in the laboratory and instrumental diagnosis of PPA are analyzed in detail.

Key words: pyrophosphate arthropathy, calcium pyrophosphate crystals, chondrocalcinosis.

Contact: Viktoria Georgiyevna Barskova barskova@irramn.ru

Пирофосфатная артропатия (ПФА) — заболевание, являющееся результатом образования и депонирования кристаллов пирофосфата кальция (ПФК) в суставах и развивающегося в связи с этим воспаления иммунного характера. Являясь микрокристаллическим артритом, ПФА, тем не менее, по патогенезу ближе к другим кальцифицирующим болезням, чем к подагре. Показана общность ингибиторов/промоутеров кальцификации и генетических детерминант многих кальцифицирующих болезней, в том числе артритов, связанных с кристаллами кальция (пирофосфатами и основными кристаллами кальция), кальцификации при атеросклерозе (как в области интимы, так и в области меди) [1].

Три инновационных для своего времени метода явились ключевыми для открытия ПФА: с внедрением рентгенографии был описан феномен «хондрокальциноза»; с появлением поляризационной микроскопии — неуратные кристаллы в синовиальной жидкости, которые при рентгеновской дифракции были расценены как пирофосфат кальция дигидрата (ПФК, $\text{Ca}_2\text{P}_2\text{O}_7 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$) [2]. Интерес к ПФА был особенно высок в 80-е годы прошлого века, что связано с подробным изучением и описанием клинических симптомов заболевания. Однако постепенно он угас, чему способствовали 3 причины:

1) кажущаяся малочисленность популяции больных ПФА и ложное отнесение ее исключительно к старческому возрасту;

2) сложность визуализации кристаллов ПФК из-за слабого лучепреломления, что затрудняет диагностику ПФА с помощью относительно дешевого метода — поляризационной микроскопии;

3) отсутствие патогенетической терапии — препараты, растворяющие депозиты кальция, пока не созданы.

В связи с этим диагностика ПФА не проводится активно, а кристаллы ПФК чаще являются находкой при артроскопии, морфологическом исследовании структур сустава с целью дифференциальной диагностики, а также резецированного материала при артропластике или секционного материала. Приводим данные морфологического исследования при ПФА.

Большой Н., 58 лет, оперирован в НИИ ревматологии РАМН по поводу остеоартроза коленного сустава. Операция: тотальное протезирование коленного сустава.

Исследование иссеченных тканей в лаборатории морфологии выявило следующие признаки. Синовиальная оболочка имеет характерную микроскопическую картину. Гистологически в гиперплазированной синовиальной оболочке определяются очаговые базофильные скопления округлой или неправильной формы гранулярного типа (рис. 1). При окраске по Косу в этих массах выявляются отложения солей кальция (рис. 2).

Кристаллы располагаются по ходу волокон, в том числе и коллагеновых, а также в очагах некроза. По периферии депозиты окружены валом из макрофагов, лимфоцитов и гигант-

Л Е К Ц И Я

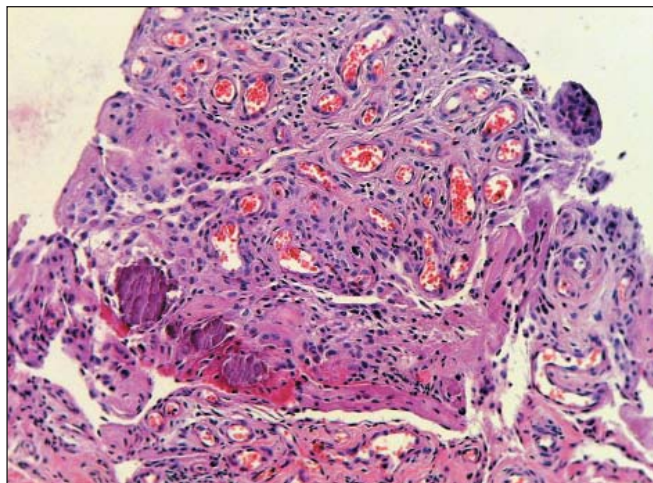


Рис. 1. ПФА. Гистологический препарат. Гиперплазированная синовиальная оболочка. Отложения кристаллов ПФК. Здесь и на рис. 3—5: окраска гематоксилином и эозином. × 200

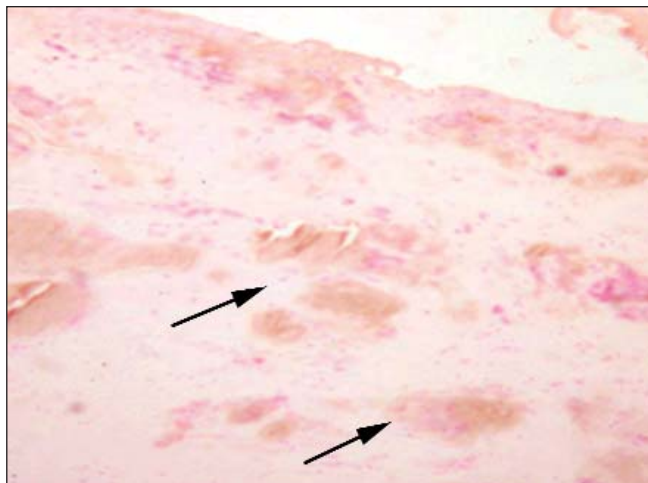


Рис. 2. ПФА. Гистологический препарат. Отложение кальция в суставном хряще (стрелка). Окраска по Косу. × 400

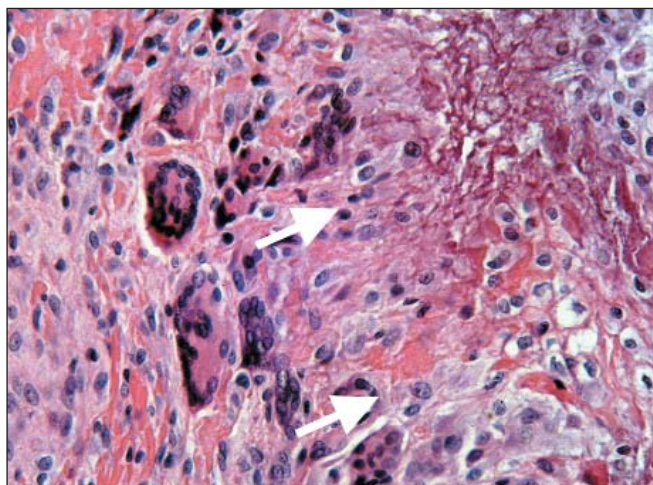


Рис. 3. ПФА. Гистологический препарат. Демаркационный вал из гистиоцитов и гигантских многоядерных клеток. × 400

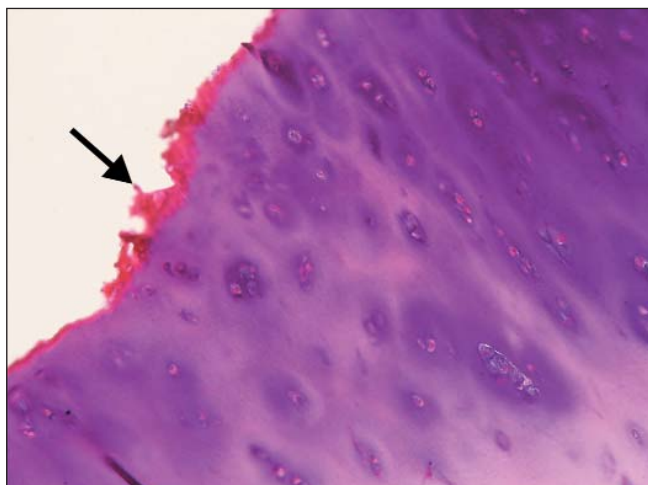


Рис. 4. ПФА. Гистологический препарат. Отложения кристаллов ПФК на поверхности суставного гиалинового хряща (стрелка)

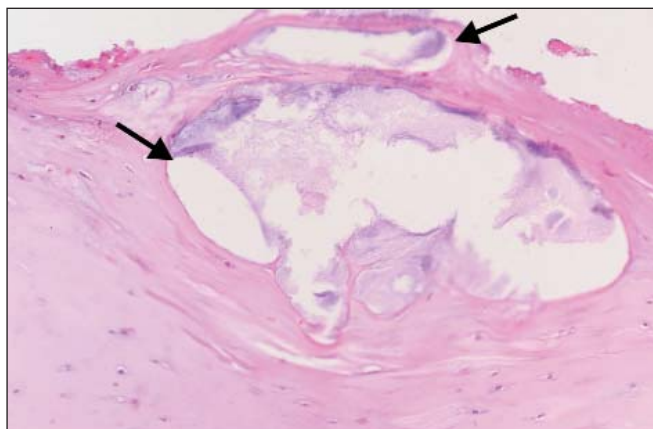


Рис. 5. ПФА. Гистологический препарат. Соли кальция в поверхностной зоне и верхней трети центральной зоны суставного хряща. Кистозные полости (стрелки)

ских многоядерных клеток рассасывания инородных тел (рис. 3). На остальном протяжении в синовиальной оболочке наблю-

дается пролиферация кроющих синовиоцитов и разной степени выраженности воспалительная инфильтрация смешанного характера. Нередко в синовиальной оболочке наблюдаются хондрометаплазия и очаги хондроматоза.

Суставной хрящ при ПФА местами истончен, нарушена архитектура слоев. Выявляются фрагментация, фибрилляция поверхностного слоя хряща. Наблюдаются небольшие эрозии, которые могут захватывать все зоны хрящевой ткани. Кристаллы ПФК определяются на суставной поверхности гиалинового хряща в виде округлых, неравномерных скоплений гранулярных масс ржаво-коричневого цвета (рис. 4).

Кристаллы можно обнаружить в хрящевой ткани поверхностной зоны и верхней трети центральной зоны (рис. 5). Формируются кистозные полости, содержащие соли кальция. В участках хряща с отложением кристаллов ПФК наблюдается перераспределение гликозаминогликанов, что проявляется нарушением равномерности окраски.

Таким образом, этот случай является примером того, как диагностика и исход болезни (тотальное эндопротезирование) сошлись в одной временной точке.

ЛЕКЦИЯ



Рис. 6. Основные клинические проявления ПФА (старая и новая терминология)

Таблица 1. Сравнение клинических и рентгенологических признаков ПФА и неосложненного ОА

Признаки	ПФА	ОА
Поражаемые суставы	Коленные, лучезапястные, плечевые, голеностопные и локтевые, тазобедренные и мелкие суставы кистей	Кисти, тазобедренные, коленные. При первичном ОА — редко лучезапястные, плечевые и локтевые
Воспалительный компонент	Значительный	Обычно умеренный
Синовиальная жидкость	Вариабельность, полиморфность клеточного состава Наличие кристаллов ПФК	Вязкая, мононуклеары, среди кристаллов — скорее основные кристаллы кальция (окраска или электронная микроскопия)
Рентгенологические признаки	Много кист, остеофитоз, изолированное или преимущественное вовлечение радиокарпального, пателофemorального или таранно-пяточно-ладьевидного компонентов Деструктивные изменения по типу Шарко Хондрокальциноз (фиброзного или гиалинового компонента) Капсулярная или периапартулярная кальцификация Линейная кальцификация сухожилий (особенно ахиллова, трицепса, квадрицепса)	Сужение щели. Остеофиты, кисты, субхондральный склероз, редко кальцификация капсул и периапартулярная

По мнению авторов, в настоящее время проблему ПФА можно сравнить с синдромом «айсберга»: заболевание диагностируется лишь в малом проценте случаев (видимая часть айсберга), а у большинства пациентов (подводная часть айсберга) не распознается. Рассмотрим основные причины этого.

Мимикрия и перекрест клинических симптомов

На рис. 6 представлены 5 наиболее часто встречающихся при ПФА (верхняя часть рисунка) симптомокомплексов, которые выделил D.J. McCarty [3].

1. **Бессимптомная ПФА.** Характеризуется выявлением хондрокальциноза при отсутствии клинических проявлений. Обычно обнаруживается при рентгенологических исследованиях, выполненных по различным поводам (травмы и т.д.), а также при исследованиях с контрастным веществом.

2. **Псевдоподагра.** Проявляется приступами острых моно- или олигоартритов. Острые синовиты, связанные с отложением кристаллов ПФК, по мнению экспертов, — одна из частых причин острых моноартритов у пожилых [2]. Могут поражаться любые суставы, но наиболее часто — коленные и лучезапястные. I плюснефаланговый сустав также достаточно часто вовлекается в процесс, в связи с чем и возникло название «псевдоподагра». Как и при подагре, приступы могут купироваться самостоятельно. Возможные провоцирующие факторы — интеркуррентное заболевание или хирургическое вмешательство, включая лаваж пораженного сустава, артроскопия [2, 4].

3. **Псевдоостеоартроз.** Наблюдается почти у половины больных ПФА и по клиническим проявлениям очень близок к остеоартрозу (ОА). Имеются некоторые различия между ОА и ПФА, но крайне неотчетливые (табл. 1). В частности, считается, что различия касаются типа пораженных суставов и выраженности воспалительных реакций. Во-первых, при этой форме, в отличие от первичного ОА, могут поражаться суставы, не подвергающиеся нагрузке: плечевые, локтевые, лучезапястные. И для ОА, и для ПФА типично поражение, например, коленного сустава, при этом при ПФА отмечены крайне высокая «заинтересованность» пателофemorального компонента и большая выраженность воспаления, в том числе и сочетание с острыми атаками по типу подагрических. И ОА, и ПФА чаще развиваются у пожилых пациентов, что осложняет выделение каких-то принципиальных клинических отличий, хотя специальных широкомасштабных исследований не проводилось.

4. **Псевдоревматоидный артрит.** Редкая форма болезни, наблюдается примерно у 5% пациентов, хотя не исключено, что многим больным с ПФА ставят диагноз ревматоидного артрита в связи с симметричным поражением мелких суставов кистей, жалобами на утреннюю скованность и припухлость суставов, эрозиями, выявляемыми при рентгенологическом исследовании кистей. Предполагается, что пожилой возраст на момент начала заболевания, отсутствие ревматоидного фактора и наличие хондрокальциноза помогают