

Нестерович И.И., Ночевная К.В., Минеев В.Н.

**ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ
КАК «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
КРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРИТОВ**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад.
И.П. Павлова Минздравсоцразвития РФ, ksunechka.noch@mail.ru*

Кристаллические артропатии (артриты) – это группа заболеваний у лиц преимущественно пожилого возраста, обусловленных отложением внутри суставов, а также в периартикулярных тканях и других органах следующих кристаллов: моноурата натрия (подагра), дигидрата пирофосфата кальция (пирофосфатная артропатия, псевдоподагра), основных фосфатов кальция (болезнь отложения основных фосфатов кальция, гидроксипатитная псевдоподагра) и других (оксалаты, липиды, холестерин). Несмотря на сходный патогенез, подходы к лечению каждого из кристаллических артритов различны, поэтому крайне важно как можно раньше провести дифференциальный диагноз между ними.

На данный момент методом диагностики кристаллических артритов с высокой степенью достоверности считают поляризационную световую микроскопию синовиальной жидкости. Оценивая справедливость его рассмотрения в качестве «золотого стандарта», мы обратили внимания на следующие правила применения метода.

Первое правило – взятие образца синовиальной жидкости до лечения глюкокортикоидами для внутрисуставного введения, поскольку кристаллы препарата могут обладать свойствами двойного лучепреломления.

Второе – поиск всех кристаллов в синовиальной жидкости. Ввиду возможности наличия нескольких кристаллических артропатий одновременно и обнаружения этих же кристаллов при остеоартрозе, при обнаружении одного кристалла диагностический поиск нельзя завершать до тех пор, пока не будет исключено присутствие других.

Третье – необходимо использование компенсатора при проведении поляризационной микроскопии. Данное правило важно при дифференциальной диагностике подагры и пирофосфатной артропатии т.к. оба кристалла (моноурат натрия и дигидрат пирофосфата кальция) обладают свойством двойного лучепреломления, но у первого оно отрицательное, а у второго – слабое положительное, что и выявит компенсатор.

Наконец, нельзя забывать, что поляризационная микроскопия абсолютно

неэффективна для выявления кристаллов основного фосфата кальция, потому что те очень малы (20-100 нм) и свойством двойного лучепреломления не обладают. Они могут быть обнаружены при световой микроскопии в случае образования агрегатов, которые видны после окраски ализариновым красным S, но метод характеризуется низкой чувствительностью. Более чувствительные и специфичные методы, такие как рентгеновская дифракция, электронная микроскопия с энергетическим дисперсионным анализом и др., недоступны и дорогостоящи для рутинной клинической практики.

Таким образом, мы приходим к выводу, что поляризационная световая микроскопия может считаться «золотым стандартом» для дифференциальной диагностики подагры и пирофосфатной артропатии, но только при соблюдении вышеописанных условий. Для диагностики болезни отложения кристаллов основных фосфатов кальция это исследование не показательно, требуется привлечение дополнительных, более чувствительных методов.

И.И. Нестерович, Е.А. Цвейбах, В.Н. Минеев

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ

*ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет
имени акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития РФ, jeniazwei@gmail.com*

Цель Найти и изучить основные особенности клинического течения СКВ у пациентов пожилого возраста, отличные от проявлений СКВ у пациентов с ранним началом заболевания.

Результаты и обсуждение. Одним из главных различий в клинической картине у пожилых и молодых пациентов с СКВ является наличие миозита у пожилых пациентов. Этот симптом встречался у 20% из 40 пациентов с началом СКВ после 50 лет против 7 % из 210 с ранним началом СКВ ($p < 0.02$) (Josep Font и соавт.). Вторым различием в клинической картине является более частое поражение легких у пожилых пациентов с СКВ: 10% из 40 пациентов с началом СКВ после 50 лет против 4 % из 210 с ранним началом СКВ (Josep Font и соавт.). Также по их данным и данным Arpenzeller и соавт. достоверно чаще встречались гематологические нарушения у пациентов с поздним дебютом СКВ (включая гемолитическую анемию и тромбоцитопению) ($p < 0,05$). Такие проявления как бабочка на лице , фотосенсибилизация , когнитивные и эмоциональные нарушения более часто развиваются у пациентов с ранним началом СКВ.(Josep Font и соавт., Arpenzeller и соавт.). Многие исследователи сообщили о сравнительно большом