

ПАЛИНДРОМНЫЙ РЕВМАТИЗМ

О.В. Антипова, Т.И. Злобина, А.Н. Калягин, Г.В. Тупицына, Е.М. Загузина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф., Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк, Городской ревматологический центр, зав. — Т.И. Злобина)

Резюме. Представлено клиническое наблюдение за больной с редким ревматологическим заболеванием — палиндромным ревматизмом.**Ключевые слова.** Палиндромный ревматизм, клиника, диагностика, тактика.

В ряде случаев особенности суставного синдрома вызывают серьёзные размышления врача об их нозологической принадлежности. К сожалению, определить её можно далеко не всегда. Иногда приходится сталкиваться с совершенно загадочными больными и ещё более загадочными особенностями течения заболеваний. К числу таких необычных и редких болезней относится палиндромный ревматизм.

Палиндромный ревматизм относится к группе, так называемых периодических синдромов. В неё также входят: интермиттирующий гидрартроз, семейная средиземноморская лихорадка и синдром Титце. Отличительными особенностями этой группы болезней считаются: 1) периодически возникающий артрит с чётко очерченными периодами обострений и ремиссий, 2) клинические признаки артрита полностью исчезают во время ремиссии, 3) не типично повреждение сустава, 4) этиология периодических синдромов неизвестна [1,3].

Заболевание впервые было описано в 1944 году P.S. Hench и E.F. Rosenberg [4]. Предпочтение термину «ревматизм» было отдано в связи с частым вовлечением в процесс околосуставных мягких тканей, а также появлением подкожных узелков.

По некоторым источникам заболевание встречается в равной степени у мужчин и женщин в возрасте 30-40 лет [3], а по другим — чаще у мужчин в среднем и пожилом возрасте [2]. Возможно, что последнее мнение обусловлено трудностями дифференциальной диагностики с подагрой, которая типична именно для мужчин соответствующего возраста.

Артрит традиционно начинается внезапно, во второй половине дня с интенсивных болей, которые имеют тенденцию к усилению. Сустав приобретает все типичные признаки воспалительного процесса: становится горячим, опухшим, гиперемированным, болезненным при пальпации и попытке движения. Изолированные артралгии для данного заболевания не свойственны, также как и скованность в суставе. Продолжительность такого артрита колеблется от часов до 3 недель, после чего наступает ремиссия, опять же разная по продолжительности — от нескольких дней до месяцев.

Наиболее часто в патологический процесс вовлекается коленный сустав, но также могут поражаться и любые другие суставы, вплоть до грудинно-ключичных и шейного отдела позвоночника. Обычно, заболевание протекает в виде атак с поражением различных суставов.

Характерно поражение мягких тканей возле сустава (у 33%), в местах прикрепления мышц. Это припухлость области ахилловых сухожилий, предплечий, подушечек пальцев и т.д. На разгибательных поверхностях суставов могут появляться подкожные узелки, исчезающие

столь же неожиданно, как и появляясь.

Каких-либо общих симптомов (лихорадки, потов, ознобов) обычно не бывает. Хотя описано уменьшение диуреза перед атакой палиндромного ревматизма и увеличение отделения мочи — после.

Изменения в анализе крови не типичны и, если встречаются, то носят слабый воспалительный характер (увеличение СОЭ, лимфоцитоз). В синовиальной жидкости выявляется высокий уровень лейкоцитов.

В дальнейшем у 10% больных отмечается спонтанное излечение, у 30-50% развивается хроническое воспалительное заболевание (ревматоидный артрит, подагра, пирофосфатная артропатия, СКВ и др.), у 40-60% — заболевание сохраняется на долгие годы. Маркёром предрасположенности к ревматоидному артриту является антиген HLA DR4.

Терапия включает применение нестероидных противовоспалительных препаратов в период обострения, а также внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов. Есть данные о возможности терапии препаратами золота, аминохинолиновых производных, колхицина, D-пенициллинамина, сульфасалазина [2,3].

В качестве иллюстрации приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная А., 51 г., госпитализирована в ревматологическое отделение в августе 2003 г. с жалобами на боли воспалительного ритма в коленных, локтевых суставах и мелких суставах кистей рук.

Больной себя считает в течение 4 лет. Впервые без видимой причины возникла припухлость лучезапястного сустава. Позднее суставной синдром рецидивировал с вовлечением коленных, лучезапястных, локтевых суставов и мелких суставов кистей и стоп. Лечилась в стационаре, где в связи с особенностями поражения суставов, была заподозрена подагра, назначена терапия аллопуриномом, которая эффекта не принесла. Последний год эти артриты повторялись каждые 2-3 месяца. В связи с этим больная была госпитализирована в ревматологическое отделение с подозрением на дебют ревматоидного артрита.

На момент осмотра в суставном статусе отмечались артриты коленных суставов с синовитом в 1-2 балла и сгибательной контрактурой в каждом, а также артриты лучезапястных суставов. При пальпации определялась болезненность локтевых суставов и мелких суставов кистей.

При дополнительном исследовании изменений в анализах крови выявлено не было, на рентгенограммах отсутствовали признаки деструкции.

Решено было выставить диагноз палиндромного ревматизма.

Учитывая довольно частые обострения со значительным снижением качества жизни и психоэмоционального статуса, больной было решено присоединить 30 мг преднизолона с постепенным снижением дозы. Однако даже на этом фоне артриты вновь рецидивировали.

Таким образом, палиндромный ревматизм — редкое ревматологическое заболевание, которое характеризуется своеобразной клиникой и плохо поддаётся лечению.

PALINDROMIC RHEUMATISM

O.V. Antipova, T.I. Zlobina, A.N. Kalyagin, G.V. Tupitzina, E.M. Zaguzina

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital № 1, Irkutsk Municipal Rheumatological Center)

A clinical observation of a patient-woman with uncommon rheumatological disease-palindromic rheumatism has been presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березняков И.Г. Ревматизм, ревматическая полимиалгия, палиндромный ревматизм: диагностика и лечение // Актуальные вопросы ревматологии / Под ред. И.Г. Березнякова. — Харьков: Константа, 1997. — С.4-23.
2. Бурдейный А.П. Палиндромный ревматизм // Ревматические болезни / Под ред. В.А.Насоновой, Н.В. Бунчука. — М.: Медицина, 1997. — С.397-399.
3. Синглетон Дж.Д. С миру по нитке // Вест С.Дж. Секреты ревматологии. — М.-СПб.: Бином-Невский диалект, 1999. — С.644-650.
4. Hench P.S., Rosenberg E.F. Palindromic rheumatism // Arch. Inter. Med. — 1944. — Vol. 73. — P.293-321.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ОРЛОВА Г.М. — 2006

ЗАЛОГ УСПЕХА — ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ (к 85-летию кафедры госпитальной терапии Иркутского государственного медицинского университета)

Г.М. Орлова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов)

Резюме. Представлен очерк истории кафедры госпитальной терапии ИГМУ.

Ключевые слова. Кафедра госпитальной терапии, ИГМУ, юбилей, история.

20 апреля 1921 года профессор М.П. Михайлов назначен заведующим госпитальной терапевтической клиникой Иркутского государственного университета. Этот день считается днем рождения кафедры госпитальной терапии Иркутского государственного медицинского университета. Разница в названии: «клиника — кафедра» не случайна, по сути, первое название «клиника» определило всю дальнейшую судьбу кафедры, тесную неизменную связь практического врачевания, научных исследований и обучения студентов, подготовки врачей.

Располагалась госпитальная терапевтическая клиника в ремесленном училище в предместье Марата, в его левом крыле, где в годы I мировой войны была организована Новосоматическая больница. Занятия начались 1 сентября 1921 года, студентами были 30 пятикурсников, которые в июле 1922 года стали первыми выпускниками медицинского факультета Иркутского университета.

А кафедра госпитальной терапии приняла следующий курс студентов уже на другой базе — в областной (Кузнецовской) больнице на набережной Ангары. И с этого времени — с сентября 1922 года — клинической базой кафедры госпитальной терапии становится тера-

певтическая клиника областной больницы. В 1987 году больница переехала в новое здание в микрорайоне Юбилейном, вместе с терапевтическими отделениями переехала и кафедра госпитальной терапии. В течение более 80 лет неизменна и прочна связь кафедры и областной больницы.

20-30-ые годы. Трудное время, годы преодоления лишений, голода, разрухи; годы становления государства; годы организации здравоохранения и медицинского образования в Иркутске. Лекции читались в плохо отапливаемой часовне при больнице. Несколько поколений иркутских врачей хранят память о «профессорском кресле». Кресло, в котором сидел проф. М.П. Михайлов, доставлялось в часовню в день лекции. Профессор сидел в шубе, и студенты также были в теплой одежде. Несмотря на большие трудности, студенты учились увлеченно и старательно. Кафедра смогла организовать небольшую лабораторию для учебных и научных занятий, кафедральную библиотеку.

Начались научные исследования. Основные направления научной деятельности кафедры в этот период — изучение местных природных факторов и разработка способов лечения различных заболеваний с их помощью (кумысолечение, бальнеология, грязелечение и