

**Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О.**

**Харківський національний медичний університет**

**ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ НА COVID-19  
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

Вступ. В клінічній практиці лікарям доводиться зустрічатися з нетиповим перебігом COVID-19, зокрема з ураженням опорно-рухового апарату в дебюті хвороби. Є дані, що вірусний артрит виникає внаслідок дії кількох механізмів - прямої інвазії та утворення імунних комплексів. Вірусні частинки можуть діяти як антигенні компоненти в імунних комплексах, відкладатися переважно в суглобах, і призводити до артралгії та артриту.

Мета дослідження. В даній роботі описується клінічне спостереження за пацієнткою з ураженням опорно-рухового апарату, пов'язаного з інфекцією COVID-19.

Клінічний випадок. Хвора З., 36 років, перебувала в задовільному стані до середини вересня 2020 року, коли через 1 тиждень після одноразового підйому температури до 38 С, незначними респіраторними проявами та діареї, з'явився постійний біль, набряклість, почервоніння, обмеження обсягу рухів в дрібних суглобах кистей, ліктьовому, плечовому суглобі (більше зліва), кульшових, колінних, гомілковостопних суглобах, дрібних суглобах стоп та скронево-нижньощелепному суглобі справа. Через декілька днів приєднався біль у попереково-крижовому відділі хребта, відмічала скутість в суглобах до однієї години. Амбулаторно приймала НПЗП, проте без ефекту, в зв'язку з чим, через 2 тижні, була направлена у ревматологічне відділення КНП ХОР «ОКЛ». Дослідження на SARS-CoV-2 IgM було негативним.

Результати й обговорення. Під час госпіталізації було відмічено обмежену активність у суглобах за рахунок больового синдрому, відзначався набряк дистальних та проксимальних міжфалангових суглобів II, III пальців кистей, променевоzap'ясних суглобів, лівого колінного суглоба та гомілкових суглобів, болючість при їх пальпації, зі значним обмеженням рухів в них. При

проведенні рентген досліджень ОГК, крижово-клубових зчленувань, колінних, гомілковостопних суглобів патології виявлено не було. З даними МРТ-дослідження крижово-клубових зчленувань, переконливих ознак сакроілеїту також не отримано. Враховуючи дані проведеного дослідження було встановлено попередній діагноз «Реактивний артрит» та призначено лікування - дексаметазон 8 мг в/в крапельно 1 раз на добу, реосорбілакт 200,0 мл в/вкрапельно 1 раз на добу, азитроміцин 500 мг 1 раз на добу, мелоксикам 1,5 мл в/м 1 раз на добу. Під час терапії відзначено покращення перебігу суглобового синдрому, в зв'язку з чим хвору було переведено на пероральний прийом середньої дози метилпреднізолону. Проте, після зміни способу прийому кортикостероїдів відмічалось погіршення стану у вигляді загострення суглобового синдрому та підвищення температури у вечірній час до 38,8 °С. Дослідження на SARS-Cov-2 IgM було негативними, та через тиждень ПЛР-тест до SARS-Cov-2 виявився позитивним. Дозу метилпреднізолону було збільшено до 24 мг на добу. Додатково було призначено цефтріаксон 1,0 г 2 рази на добу в/м та моксифлоксацин 400 мг 1 раз на добу, що сприяло регресу суглобового синдрому на 5 день. Хвору було виписано з рекомендацією прийому метилпреднізолону 24 мг на добу з подальшим зниженням дози під контролем активності процесу.

**Висновок.** Актуальність описаного клінічного випадку ураження опорно-рухового апарату при коронавірусній хворобі зумовлена виявленою високою клініко-лабораторною активністю захворювання, а також не типовим ураженням суглобів при цьому. Подальші спостереження в найближчі місяці дозволять показати, чи можна розглядати цей випадок як реактивний вірусний артрит, або як дебют хронічного запального процесу. Оскільки етіологія гострого артрити при COVID-19 до сьогодні невідома, залишається відкритим питання: чи являється коронавірус провокуючим фактором хвороби, чи фактором, який погіршив перебіг існуючого реактивного артрити.