

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00440&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00440. Специфічні ознаки і симптоми у пацієнтів із запальними захворюваннями суглобів

Автор: Riitta Luosujärvi

Редактори оригінального тексту: -

Дата останнього оновлення: 2017-07-26

- Цей розділ дає більш детальний клінічний опис диференційної діагностики запальних захворювань суглобів, коротко представленої у [\[настанова 00438 | Клінічне обстеження паці...\]](#).

Остеоартрит

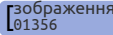
- Див. [\[настанова 00396 | Остеоартроз\]](#).
- Остеоартрит починається як легке запалення суглоба, що може спершу викликати підозру, наприклад, початку ревматоїдного артриту. Внаслідок цього його можна сплутати із власне запальними захворюваннями. Проте, з часом, характерні особливості остеоартриту доводять інше.
- Характерними симптомами є інтенсивний біль при навантаженні, за ним слідує ниючий біль.
- Може бути ранкова скутість, але вона триває не більше 15 хвилин. Інтенсивність ранкової скутості також менша, ніж при запальних захворюваннях. Зокрема, при ревматоїдному артриті ранкова скутість триває кілька годин і значно виражена. Остеоартрит асоціюється з суглобовою скутістю на початку руху.
- При остеоартриті коліна раннім симптомом може бути наявність незначного випоту в суглобі та біль, викликаний надмірним навантаженням. Шкіра над суглобом залишається прохолодною на

дотик або, щонайбільше, злегка теплою. Потовщення синовіальної мембрани зустрічається рідко, і вона відчувається еластичною при пальпації. У синовіальній рідині міститься лише незначна кількість лейкоцитів (зазвичай менше, ніж $2\,000 \times 10^6/\text{л}$), з переважанням мононуклеарів.

- Остеоартрит пальців викликає біль і знижує функціональні можливості. Різкий біль виникає під час і після навантаження уражених дрібних суглобів, іноді супроводжується вираженим запаленням, кінцевим результатом якого є погіршення здатності виконувати повсякденну діяльність. Навколо суглобів поступово утворюється жорстке кісткове потовщення; на дистальних міжфалангових (ДМФ) суглобах це називають вузлами Гебердена, а на проксимальних міжфалангових (ПМФ) суглобах - вузлами Бушара. Дефіцит згинання здебільшого невеликий (зазвичай не більше 20 мм; див. [\[настанова 00439 | Клінічна діагностика зап...\]](#)), але в деяких випадках пальці можуть ставати викривленими, а сила стискання кисті зменшується. ШОЕ і СРБ нормальні.
- Одним із типових місць для остеоартриту є перший зап'ястково-п'ястковий суглоб (ЗП 1). Великий палець знаходиться в положенні приведення, і тильна поверхня кисті набуває квадратної форми.
- Остеоартрит можна приблизно розділити на дві групи: олігоартикулярний остеоартрит великих суглобів та остеоартрит дрібних суглобів кисті. Крім того, остеоартрит може вражати як весь скелет, так і будь-який окремий суглоб. На відміну від ревматоїдного артриту, остеоартрит рідко уражає зап'ястя.
 - Тильне згинання зап'ясть перевіряється шляхом натискання долонь з випрямленими пальцями одна на одну (рисунок [\[зображення 00923 | Test for restriction of ...\]](#)). Відповідний тест для перевірки долонного згинання виконується шляхом натискання тильними поверхнями кистей одна на одну (відео [\[відео 00049 | Restricted motion of the...\]](#)).

Ревматоїдний артрит

- Див. [\[настанова 00456 | Rheumatoid arthritis\]](#).
- Ревматоїдний артрит - це системне запальне захворювання, при якому суглоби є основними органами-мішенями.
- Початкові симптоми зазвичай виникають у пальцях, подушечках стоп або в зап'ясті, але будь-який суглоб може уражатися першим. Для ревматоїдного артриту характерний щільний веретеноподібний набряк навколо ПМФ суглобів, що виникає внаслідок синовіїту,

(рисунки ), але також він може спостерігатися при інших запальних захворюваннях суглобів, особливо при псоріатичному артриті та хронічному ювенільному артриті.

- Симптоми, зазвичай, розвиваються досить повільно, доки запалення стає все більш поширеним.
- Початок також може бути гострим і блискавичним, а запальні симптоми в суглобі можуть супроводжуватися генералізованими симптомами, такими як втомлюваність, втрата апетиту або лихоманка.
- Для ревматоїдного артриту характерний симетричний розподіл запальних суглобових симптомів.
- Запалені суглоби болять при рухах, при цьому біль у спокої не характерний для ревматоїдного артриту.
- Чим активнішим є запалення, тим довша тривалість ранкової скутості, тобто обмеження руху в уражених суглобах. Скутість може поширюватись на все тіло і повертатися протягом дня після тривалого періоду сидіння.
- Приблизно дві третини пацієнтів зі "свіжим" ревматоїдним артритом є позитивними за класичним параметром - ревматоїдним фактором (РФ) або мають антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП), які є специфічними для ревматоїдного артриту. Деякі пацієнти, які мають негативний результат аналізу на РФ, позитивні щодо анти-ЦЦП антитіл.
 - Ці дані у пацієнта з запальним артритом переконливо свідчать на користь ревматоїдного артриту, але вони не є передумовою для діагностики.
 - Під час діагностичного пошуку пацієнтові із запальним артритом достатньо зробити один з аналізів. На сьогодні тестом, який використовується в більшості випадків, є визначення анти-ЦЦП антитіл.
 - Значно підвищена концентрація РФ або анти-ЦЦП антитіл свідчить про більш важкий тип захворювання.
 - З віком РФ часто виявляється позитивним без ревматоїдного артриту. Визначення анти-ЦЦП антитіл має важливе значення особливо серед пацієнтів похилого віку із запальним артритом, оскільки старіння не впливає на їх присутність.

- Визначення РФ чи анти-ЦЦП антитіл зазвичай не є вирішальним, якщо не виявлено жодного запального артрити.
- ШОЕ, і часто СРБ також хоч трохи, але є підвищеними.
- Ерозивний остеоартрит ПМФ і ДМФ суглобів пальців може сильно нагадувати хронічний ревматоїдний артрит, але його можна відрізнити за типовою локалізацією (він уникає подушечок стоп і зап'ястя), відсутністю РФ і часто відносно низькими ШОЕ або СРБ. Слід мати на увазі, що в даний час ревматоїдний артрит зустрічається у пацієнтів віком близько 60 років, і в цьому віці обидва стани можуть виникати одночасно. Зокрема, в таких ситуаціях підвищена концентрація анти-ЦЦП антитіл сприятиме діагностуванню ревматоїдного артрити.

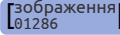
Спондилоартрити

Реактивний артрит

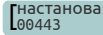
- Див. [настанова 00450] Реактивні артрити].
- Часто пов'язаний з антигеном HLA-B27, у цьому випадку схильність до захворювання є успадкованою. У сімейному анамнезі можуть бути виявлені випадки реактивного артрити в близьких родичів.
- Зазвичай проявляється як моно- або олігоартрит нижніх кінцівок, стан прогресує відносно повільно і розвивається шляхом міграції від одного суглоба до іншого або шляхом залучення до процесу щоразу нових суглобів.
- Крім запальних суглобових симптомів часто спостерігаються ентезопатія (болючість у ділянках кріплення м'язів або фасції) та дактиліт (сосископодібний набряк пальців рук або ніг).
- У деяких пацієнтів виникає запалення очей (увеїт) та симптоми уретрити (синдром Рейтера).
- Реактивний артрит рідко зустрічається у людей похилого віку.
- Якщо пацієнт має чіткі симптоми і лихоманку, зазвичай значно підвищену ШОЕ та/або СРБ, може бути важко відрізнити реактивний моноартрит від септичного артрити.

Псоріатичний артрит

- Див. [настанова 00444] Псоріатична артропатія].

- У 15% випадків запалення суглобів розвивається перед псоріазом.
- Існує багато різних типів псоріатичного артриту.
 - Найбільш поширеним типом є асиметричний олігоартикулярний артрит, який уражає коліна та інші великі суглоби. Асиметричний артрит може також виникати в ключично-грудинних, крижово-клубових та скронево-нижньощелепних суглобах.
 - Ранні стадії поліартриту дрібних суглобів нагадують ревматоїдний артрит. На пальцях він часто вражає ДМФ суглоби.
 - Мутилуючий артрит викликає резорбцію кістки, що переважно призводить до деструкції дрібних кісток пальців. Захворювання є рідкісним.
 - Тип, який нагадує анкілозуючий спондиліт, характеризується асиметрією ознак і симптомів.
- Запалення суглобів часто пов'язане із псоріатичним ураженням нігтів (рисунок ), і в таких випадках псоріатичні ураження шкіри можуть інколи бути повністю відсутні.
- Разом із псоріатичним артритом часто виникає дактиліт пальців рук чи ніг.
- Ентезит є поширеним при псоріатичному артриті.
- У сімейному анамнезі можуть бути виявлені випадки псоріатичного артриту у близьких родичів.

Анкілозуючий спондиліт

- Див. .
- Якщо пацієнт скаржиться на біль у спині, який триває ≥ 3 місяців, існує 5 критеріїв, які можуть свідчити про анкілозуючий спондиліт: дебют у віці до 40 років, поступове настання болю в спині, пацієнт прокидається рано-вранці від болю в спині, симптоми полегшуються після виконання вправ, немає ніякого поліпшення після відпочинку.
- Асоціюється з антигеном HLA-B27 у 95% випадків, у такому разі схильність до цього захворювання успадковується. У сімейному анамнезі можуть бути виявлені випадки анкілозуючого спондиліту у близьких родичів.
 - Аналіз на виявлення HLA-B27 має найвищу інформаційну цінність у пацієнтів, чия передбачувана вірогідність анкілозуючого спондиліту становить близько 50%

(наприклад, молодий чоловік із симптомами у нижній частині спини у ранковий час, але поки що з нормальною рентгенологічною картиною крижово-клубових суглобів). Ймовірність захворювання становить 92%, якщо результат аналізу є позитивним і лише 8%, якщо результат є негативним. Якщо передбачувана ймовірність перед аналізом на основі анамнезу та клінічних даних близька до нуля, позитивний результат тесту не підтверджує анкілозуючий спондиліт; пацієнт, ймовірно, належить до здорової частини популяції, у якої є позитивний результат аналізу на HLA-B27, але немає хвороб, пов'язаних з цим антигеном.

- Аналіз HLA-B27 не повинен використовуватися для оцінки загального ризику анкілозуючого спондиліту у пацієнта за відсутності відповідних клінічних ознак та симптомів, оскільки лише менше 1% тих, хто має позитивний результат, в подальшому хворіє на спондилоартрит.
- Класичний ревматоїдний фактор (РФ) або анти-ЦЦП антитіла не мають ніякого значення при діагностиці захворювань із групи анкілозуючих спондилітів. Тому їх не слід визначати.
- Приблизно у третини пацієнтів стан пов'язаний з ізольованим артритом кінцівок, як правило, оліго- або моноартритом. У рідкісних випадках пацієнт може також мати симетричний поліартрит, який нагадує ревматоїдний артрит.
- Типовими є скутість у спині зранку і після сидіння. Обстеження крижово-клубових суглобів [настанова 00439 | Клінічна діагностика зап...] може виявити сакроілеїт.
- Якщо пацієнтові менше 35 років, візуалізаційний метод дослідження першої лінії - це МРТ крижово-клубових (КК) суглобів.
- У деяких пацієнтів бувають напади гострого іриту.
- Можуть розвиватися ентезопатії.

Подагра

- Див. [настанова 00451 | Подагра і псевдоподагра].
- Здебільшого розвивається у людей середнього віку, більш поширена серед чоловіків. Поширеність зростає (пиво, діуретики). На підставі клінічної оцінки захворюваність на поліартикулярну подагру також зростає, і в цих випадках її можна сплутати з раннім початком ревматоїдного артриту. Проте, подагра зазвичай

спричиняє значно сильніший біль, і при подагрі не зустрічаються анти-ЦЦП антитіла або їхня концентрація нижча, ніж при ревматоїдному артриті. Варто мати на увазі, що у пацієнта можуть бути обидва стани.

- У більше, ніж половині випадків хвороба починається з першого плесно-фалангового суглоба.
- Травмування суглоба може викликати напад подагри.
- Напад зазвичай розпочинається вночі і досягає піку в межах 24 годин. Зазвичай є яскраво виражені ознаки запалення, тобто біль, набряк і почервоніння.
- Якщо стан залишається нелікованим, атаки повторюються все частіше і поступово призводять до хронічного деструктивного поліартриту.
- Під час гострого нападу пацієнт може мати гарячку, ШОЕ та/або СРБ можуть бути помірно підвищеними, а концентрація уратів у сироватці зазвичай перевищує верхню межу норми, але вона також може перебувати в межах контрольних значень.
- Часто поєднується з метаболічним синдромом (центральне ожиріння).

Ревматична поліміалгія

- [настанова 001095] Ревматична поліміалгія].
- Болючість і обмеженість руху найбільш типово виникає в ділянці плечей і стегон. Іноді виникає синовіт, зокрема плечових і кульшових суглобів, але також і більш периферичних суглобів, зазвичай колін і зап'ясть.
- Скутість і труднощі при виконанні рухів у суглобах після відпочинку або тривалого перебування у стані спокою є особливо вираженими.
- Вік - понад 50 років. Зверніть увагу, що ревматоїдний артрит у літніх людей може починатися з болю в плечі, що нагадує поліміалгію.
- ШОЕ > 40-50
- Головний біль, зорові розлади, біль у щелепі, що виникає при ковтанні або жуванні, а також важкі загальні симптоми з підвищеним рівнем СРБ свідчать про супутній скроневий (гігантоклітинний) артеріт.

Саркоїдоз

- Див. [настанова 00135 | Саркоїдоз].
- Саркоїдоз може бути пов'язаний з гострим артритом, який найчастіше вражає гомілковостопні суглоби. Типовим проявом є дифузний синювато-червоний навколосуглобовий набряк.
- Наступною найбільш поширеною локацією є коліна.
- ШОЕ зазвичай підвищена.

Системний червоний вовчак (СЧВ)

- Див. [настанова 00446 | Системний червоний вовчак...].
- Симптоми з боку суглобів зазвичай є важчими, ніж можна припустити за результатом їхнього клінічного обстеження.
- Зазвичай пацієнт скаржиться на симетричний поліартрит/артралгію.
- Суглобові симптоми поєднуються із загальними симптомами, гарячкою, різними шкірними проявами та часто ознаками залучення інших органів (головний біль при ураженні центральної нервової системи, протеїнурія або гематурія при нефриті, тромбоцитопенія, лейкопенія, іноді венозні тромбози, а також плеврит або перикардит).
- ШОЕ зазвичай підвищена, а СРБ може залишатись нормальним.

Пірофосфатна артропатія

- Див. [настанова 00451 | Подагра і псевдоподагра].
- Суглобові симптоми можуть з'являтися періодично або ж бути стійкими, тому клінічна картина може нагадувати подагру або остеоартрит.
- На рентгенограмі видно кальцифікацію хряща суглоба (хондрокальциноз) і накопичення кристалів пірофосфату в синовіальній рідині.
- Пірофосфатна артропатія може проявлятися як поліартрит з сильно вираженими симптомами.
- Лікування симптоматичне; не існує специфічної терапії.

Суглобова інфекція (септичний артрит)

- Зазвичай починається гостро і з септичною лихоманкою. Проте, гарячка та інші ознаки запалення можуть бути відсутні у людей похилого віку, у пацієнтів, які проходять імуносупресивну терапію, а також при інфекції у протезованому суглобі.
- Гострий моноартрит з гарячкою слід вважати бактеріальним, доки не доведено протилежне. Олігоартрит також за походженням може бути септичним.
- Зазвичай СРБ і ШОЕ значно підвищені, проте лейкоцитоз може бути відсутній.
- Мікрокристалічні артрити (кристал-індуковані артрити) також бувають блискавичними і можуть нагадувати септичний артрит (не забувайте включати в аналіз синовіальної рідини дослідження кристалів!)

Вірусний артрит

- Вірусний артрит зазвичай проявляється як гострий, але легкий полі- або олігоартрит, і він здебільшого розрішується спонтанно досить швидко.
- Захворювання суглобів особливо пов'язане з краснухою, арбовірусним артритом та інфекційною еритемою (п'ята хвороба), які можна ідентифікувати за характерними висипами.
 - Арбовірусний артрит: див. [настанова 00037] **Хвороба Погоста (карельс...)**. Висип свербить.
 - Парвовірус [настанова 00608] **Інфекційна еритема** викликає інфекційну еритему в дітей і нерідко є причиною запалення суглобів у дорослих.
- При вірусному артриті ШОЕ та СРБ лише трохи підвищені, а підрахунок кількості клітин в синовіальній рідині зазвичай (але не завжди) показує переважання мононуклеарів.

Хвороба Лайма

- Багатогранна хвороба, яку викликає спірохета *Borrelia burgdorferi*, що поширюється через укуси кліщів [настанова 00031] **Лайм-бореліоз (ЛБ)**.

- У гострій фазі на місці укусу кліща зазвичай з'являється висипання, так звана мігруюча еритема. Однак у значної частини людей висип не виникає, але в подальшому розвивається бореліозний артрит. На початку хвороби у пацієнта зазвичай розвивається лихоманка, головний біль, міалгія та лімфаденопатія.
- Пізніми проявами захворювання є запалення суглобів, неврологічні симптоми та кардит.
- Захворювання суглобів, як правило, проявляється повторюваними епізодами набряку одного або декількох суглобів.
- Для сприятливого прогнозу важливе значення має рання діагностика.

Ревматична лихоманка

- Див. [настанова 00450] [Реактивні артрити].
- Стала рідкісною в індустріальних країнах.
- Найчастіше ця хвороба асоціюється зі швидким розвитком артриту, що мігрує, проте суглобові скарги можуть обмежуватися лише болем.
- Важливий прогностичний фактор - кардит, який маніфестує як панкардит або ураження клапанів.
- Зазвичай ШОЕ і СРБ значно підвищені.

Гіпертрофічна остеоартропатія

- Паранеопластичне явище, яке, на додаток до можливого синовіту, супроводжується періоститом довгих кісток та потовщенням кінцевих фаланг пальців.
- Якщо підозрюється гіпертрофічна остеоартропатія, пацієнта направляють до спеціалізованої допомоги.

ВІЛ-інфекція

- У пацієнтів з ВІЛ [настанова 00018] [ВІЛ-інфекція] часто розвивається реактивний артрит і артралгія.

Травма

- Пацієнт може забути про давнішу травму суглоба, що може ускладнити діагностичний пошук. Слід мати на увазі, що псоріатичний артрит часто розвивається після травми (візьміть до уваги феномен Кебнера).

Пов'язані ресурси

- Клінічні настанови [\[пов'язані Disease-specific symptom...\]](#)
- Література [\[пов'язані Disease-specific symptom...\]](#)

Джерела інформації

R1. Lopez-Hoyos M, Ruiz de Alegria C, Blanco R et al. Clinical utility of anti-CCP antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43(5):655-7. [\[PubMedID|14970400\]](#)

R2. Möttönen T, Paimela L, Leirisalo-Repo M et al. Only high disease activity and positive rheumatoid factor indicate poor prognosis in patients with early rheumatoid arthritis treated with "sawtooth" strategy. *Ann Rheum Dis* 1998;57(9):533-9. [\[PubMedID|9849312\]](#)

R3. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):784-8. [\[PubMedID|19147614\]](#)

R4. Khan MA, Khan MK. Diagnostic value of HLA-B27 testing ankylosing spondylitis and Reiter's syndrome. *Ann Intern Med* 1982;96(1):70-6. [\[PubMedID|7053711\]](#)

R6. Healey LA. Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica: evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum* 1984;13(4):322-8. [\[PubMedID|6729485\]](#)

R7. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol* 1996;35(11):1161-8. [\[PubMedID|8948307\]](#)

R8. Schlapbach P, Ambord C, Blöchliger AM et al. Bacterial arthritis: are fever, rigors, leucocytosis and blood cultures of diagnostic value? *Clin Rheumatol* 1990;9(1):69-72. [\[PubMedID|2335053\]](#)

R9. Fawaz-Estrup F. Human parvovirus infection: rheumatic manifestations, angioedema, C1 esterase inhibitor deficiency, ANA positivity, and possible onset of systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1996;23(7):1180-5. [\[PubMedID|8823689\]](#)

R10. Franssila R, Hedman K. Infection and musculoskeletal conditions: Viral causes of arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(6):1139-57. [\[PubMedID|17127201\]](#)

R11. Turunen M, Kuusisto P, Uggeldahl PE et al. Pogosta disease: clinical observations during an outbreak in the province of North Karelia, Finland. *Br J Rheumatol* 1998;37(11):1177-80. [\[PubMedID|9851265\]](#)

R12. Berglund J, Blomberg I, Hansen BU. Lyme borreliosis in rheumatological practice:

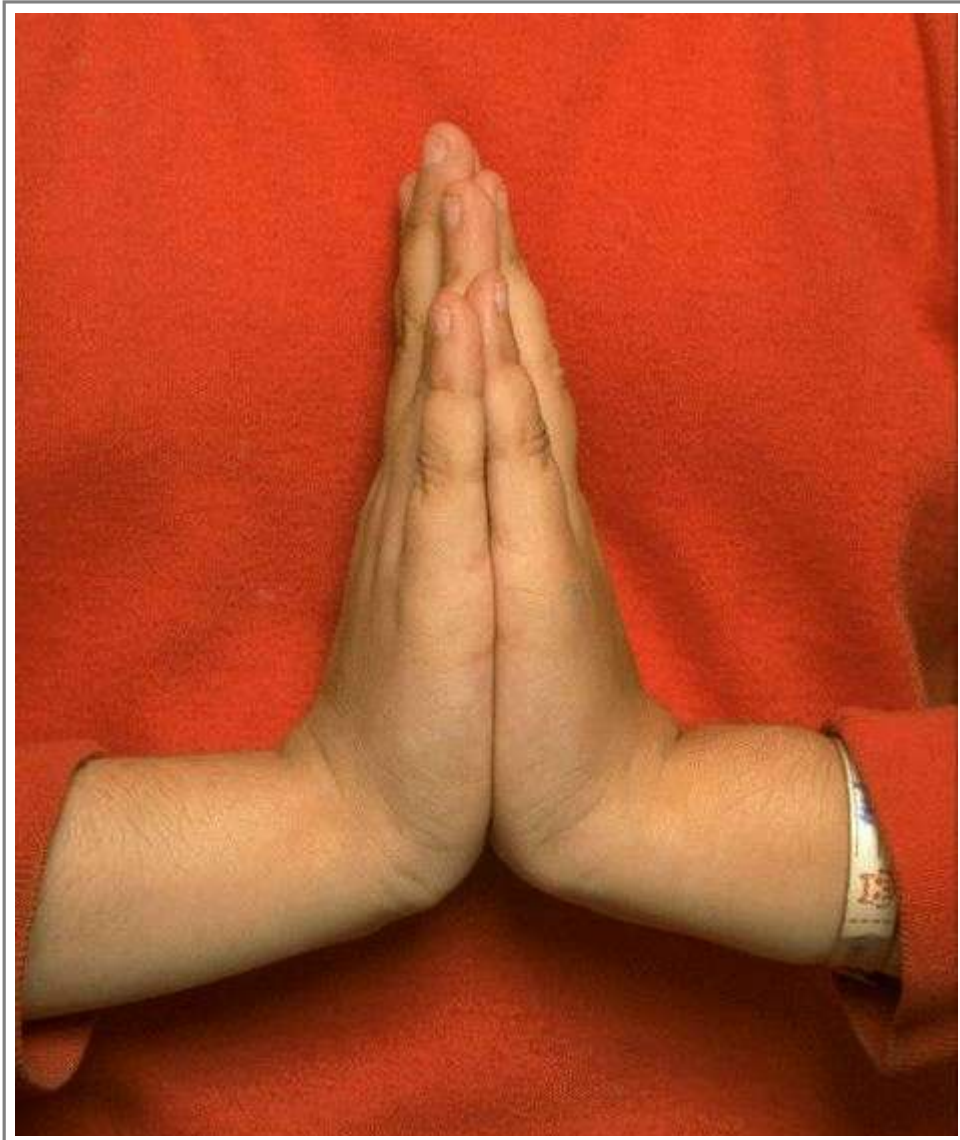
identification of Lyme arthritis and diagnostic aspects in a Swedish county with high endemicity. Br J Rheumatol 1996;35(9):853-60. [PubMedID|8810668]

Настанови

- [Настанова 00438](#). Клінічне обстеження пацієнтів із запаленням суглобів на етапі первинної медичної допомоги.
- [Настанова 00396](#). Остеоартроз.
- [Настанова 00439](#). Клінічна діагностика запалення суглобів у дорослих.
- [Настанова 00456](#). Rheumatoid arthritis.
- [Настанова 00450](#). Реактивні артрити.
- [Настанова 00444](#). Псоріатична артропатія.
- [Настанова 00443](#). Анкілозивний спондиліт та аксіальний спондилоартрит.
- [Настанова 00451](#). Подагра і псевдоподагра.
- [Настанова 01095](#). Ревматична поліміалгія.
- [Настанова 00135](#). Саркоїдоз.
- [Настанова 00446](#). Системний червоний вовчак (СЧВ).
- [Настанова 00037](#). Хвороба Погоста (карельська лихоманка, хвороба Окельбо).
- [Настанова 00608](#). Інфекційна еритема.
- [Настанова 00031](#). Лайм-бореліоз (ЛБ).
- [Настанова 00018](#). ВІЛ-інфекція.

Зображення

- [Зображення 00923](#). Test for restriction of motion in the wrists.



Автори та власники авторських прав: Ilkka Kunnamo Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01356](#). Rheumatoid arthritis in the hand.



Автори та власники авторських прав: Ilkka Kunnamo Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01286](#). Psoriatic nail changes and psoriatic arthritis.



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

Відео

- [Відео 00049](#). Restricted motion of the wrist and injection in a patient with rheumatoid arthritis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00440 Ключ сортування: 021.003 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-07-26

Автор(и): Riitta Luosujärvi Автор(и) попередніх версій статті: Tapani Helve Редактор(и):
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Rheumatology Orthopaedics Infectious diseases

Ключові слова індексу
speciality: Internal medicine speciality: Rheumatology speciality: Infectious diseases mesh: Arthritis

mesh: Arthritis, Infectious mesh: Arthritis, Reactive mesh: Arthritis, Rheumatoid Monoarthritis mesh: Osteoarthritis
Polyarthritis Spondylarthropathies Viral arthritis mesh: Arthritis, Psoriatic mesh: Chondrocalcinosis mesh: Dactylitis
Gonococcal arthritis mesh: Gout Heberden's nodes mesh: Lupus Erythematosus, Systemic mesh: Lyme Disease
Morning stiffness mesh: Osteoarthropathy, primary hypertrophic mesh: Polymyalgia Rheumatica mesh: Rheumatic Fever
mesh: Sarcoidosis mesh: Spondylitis, Ankylosing mesh: Synovial Fluid mesh: Synovial leucocytes Togaviridae infections
icpc-2: A78 icpc-2: L20 icpc-2: L70 icpc-2: L84 icpc-2: L85 icpc-2: L86 icpc-2: L88 icpc-2: L91 icpc-2: L99
speciality: Orthopaedics icpc-2: S91 icpc-2: T92