

«Перекрестки» ревматологии и гастроэнтерологии (клинический случай)

Лукашевич Г.М.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Клочков А.Е.

Главный врач ГПТД г. Донецка МЗ ДНР, д.мед.н.

Крюк М.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Шалаева И.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Фоменко П.Г.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н.

Пациентка Н., 57 лет.

Жалобы на умеренную слабость преимущественно в проксимальных мышцах верхних и нижних конечностей, ощущение «натянутости» по задней поверхности бедра. Болей в мышцах не отмечает. При движении хруст в коленных и голеностопных суставах. Иногда беспокоят судороги в икроножных мышцах ≈ 1 раз/1-2 недели. По утрам отмечает побеление кончиков пальцев рук около 20 минут, которое затем сменяется синюшностью и после растирания пальцев цвет кожных покровов возвращается к исходному. Отмечает умеренную общую слабость, утомляемость.

Периодически — онемение кожных покровов в области нижней челюсти слева в дневное время.

Аппетит сохранен. Стул – оформленный, 1 раз в день, без патологических примесей. Температура в настоящее время нормальная. Масса тела – похудела с ноября 2008 г. по июль 2009 г. на 5 кг, с июля по декабрь 2009 г. масса тела увеличилась на 6 кг. Отмечает отечность лица по утрам. Беспокоят боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Жалуется на головную боль при повышении АД до 170/90 мм рт. ст. Рабочее АД – 130/85 мм рт. ст. Отеков – нет, кашель не беспокоит.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 1974 г., когда после переохлаждения переболела ангиной, и через 3-4 месяца после этого появились боли, утренняя скованность до 30-60 минут в проксимальных межфаланговых суставах, лучезапястных суставах обеих кистей рук. После назначения НПВП через 1 месяц состояние улучшилось (боли и скованность исчезли). Амбулаторная карта за этот период времени не представлена.

В дальнейшем, со слов пациентки, боли в суставах не беспокоили, однако в амбулаторной карте имеется запись за 1983 г., что пациентка обращалась за медицинской помощью по поводу остеоартроза мелких суставов кистей.

В августе 1999 г. появились приступы боли в правом подреберье. При УЗИ ОБП выявлены камни в желчном пузыре и в декабре 1999 г. была произведена лапароскопическая холецистэктомия. В дальнейшем принимала санаторно-курортное лечение в Трускавце (2004, 2005, 2006, 2007 гг.).

По данным амбулаторной карты, в 2000 г. отмечено повышение общего билирубина до 22 мкмоль/л за счет непрямого, АСТ, АЛТ – в пределах нормы. С этого времени пациентка начала отмечать периодическое пожелтение склер.

В 2005 г. после переохлаждения пациентку вновь начали беспокоить боли в мелких суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, повышение температуры до субфебрильных цифр.

В анализах крови: СРБ, РФ – отр., СОЭ – 35 мм/ч. Диагноз: ДОА с преимущественным поражением мелких суставов кистей рук, коленных, голеностопных суставов, НФС I-II. После лечения НПВП состояние улучшилось, и в дальнейшем пациентка чувствовала себя удовлетворительно, хотя на фоне любого ОРЗ отмечала незначительные артралгии и припухания, особенно суставов кистей рук.

В 2007 г. – повышение общего билирубина до 24 мкмоль/л за счет непрямого, АСТ, АЛТ – в пределах нормы.

В апреле 2008 г. через 1 неделю после переохлаждения появились умеренные боли, отечность и утренняя скованность до 2 часов в лучезапястных, локтевых, плечевых, тазобедренных, коленных суставах; затруднение при отведении рук в стороны; повышение температуры до 38° С.

Лечилась в терапевтическом отделении ЦГКБ № 3 с 16.04. по 30.04.2008 г. В анализах крови: СОЭ – 35 мм/ч, общий билирубин, АСТ, АЛТ – в пределах нормы. Назначение НПВП без положительной динамики.

Рентген-исследование кистей за 11.04.2008 г. (описание в ДОКТМО 30.04.2008 г.) – эпифизарный остеопороз, сужение щелей в правом лучезапястном, костях запястья справа, пястно-фаланговых, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах, мелкие кистовидные просветления, костные разрастания по краям.

Рентген-исследование стоп – эпифизарный остеопороз, сужение щелей в плюсне – фаланговых суставах, костные разрастания по краям суставных поверхностей.

Заключение: ревматоидный артрит II ст., остеоартроз II ст.



Консультирована в областном ревматологическом центре ДОКТМО. Диагноз: ревматоидный артрит, полиартрит, сероположительный вариант, активность II ст., рентген стадия II на фоне остеоартроза с поражением стоп, рентген стадия II, НФС II. Получала лечение в т/о: L-лизин, ревмоксикам, нейрорубин, бициллин-5 №1. Ревматологом ДОКТМО рекомендовано: метипред по схеме (с 01.05.2008 г. по 11.05.2008 г. – 2 т. + 1 т., затем снижать по 1/2 т. в неделю, с 12.05 по 18.05.2008 г. – 2 т. + 1/2 т. (не снижать!)); олфен, мовалис, препараты кальция, салазопирин. На прием олфена у пациентки отмечалась аллергическая реакция в виде крапивницы, которая была купирована дексаметазоном, супрастином.

Пациентка начала принимать метипред с 01.05.2008 г. в дозе 8 мг/сут. (хотя ревматологом ДОКТМО было рекомендовано 12 мг/сут.). На фоне приема метипреда состояние пациентки улучшилось: температура нормализовалась, значительно уменьшились боли в суставах, СОЭ снизилось с 35 мм/ч. до 18 мм/ч. В анализах крови за 16.05.2008 г. показатели АСТ и АЛТ были практически в пределах нормы, КФК и ЛДГ не определялись; СРБ – +, РФ – +; лейкоц. – $5,8 \times 10^3/\text{mm}^3$, п. – 1%, с. – 48%, э. – 2%, л. – 43%, м. – 6%, СОЭ – 18 мм/ч.

В начале июня 2008 г. после физического переутомления – ОРЗ с повышением температуры до $38,6^\circ \text{C}$.

С 13.06.2008 г., учитывая улучшение состояния (отсутствие болей в суставах, нормальная температура тела), доза метипреда была снижена с 2 т. до 1,5 т., которую пациентка продолжала принимать и в дальнейшем под наблюдением ревматолога ДОКТМО. С 03.08.2008 г. – 4 мг (1 т.) метипреда.

С 15.10.2008 г. отмечает ухудшение состояния: повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, слабость в мышцах рук и ног, незначительные боли и припухания суставов обеих кистей. В анализах крови СОЭ – 12 мм/ч. Лечилась по поводу ОРЗ.

01.11.2008 г. в биохимическом анализе крови отмечалось повышение АСТ до 2 норм, АЛТ до 1,5 норм, КФК до 6 норм, ЛДГ до 1,5 норм; СРБ ++, РФ ++, СОЭ – 22 мм/ч.

07.11.2008 г. – повышение температуры до 39°C в течение 4 часов с дальнейшим снижением без дополнительных медикаментозных препаратов. В течение месяца наблюдалось периодическое повышение и снижение температуры до субфебрильных цифр. Нарастала слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, по утрам стала отмечать побеление кончиков пальцев рук, которое затем сменялось синюшностью и после растирания пальцев цвет кожных покровов возвращался к исходному.

С 01.12.2008 г. по 16.12.2008 г. лечилась в ревматологическом отделении ж/д больницы с диагнозом: смешанное системное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа) с наличием синдрома Рейно, активная фаза, II степень активности с высоким титром АНА; недеформирующий артрит, НФС 0 ст. В анализах крови СОЭ – 17 мм/ч, СРБ, РФ – отриц., антинуклеарный фактор титр антител 1:10000, тип свечения – гранулярный. Получала лечение: метипред 4 мг, вольтарен, диклоберл, пентоксифиллин, нейрорубин, никотиновая кислота, тиоцетам. В дальнейшем был рекомендован прием делагила, который она получала 1,5 месяца.

Состояние пациентки несколько улучшилось: уменьшились боли в суставах, нормализовалась температура тела.

В анализах крови за 16.01.2009 г. отмечено повышение АСТ до 7 норм, АЛТ до 4 норм, КФК до 32 норм, ЛДГ до 3 норм; γ – 28,2%, СРБ – отр., РФ – ++. СОЭ – 22 мм/ч. В это время пациентку начало беспокоить выпадение волос.

В январе 2009 г. сдала анализ крови на вирусные маркеры, в котором были обнаружены положительные anti-HBcor IgG. Консультирована инфекционистом ДОКТМО: хронический криптогенный гепатит, ассоциированный с + anti-HBcor, с выраженной биохимической активностью. Рекомендовано: сдать ДНК HBV (качественно), гептрал 400 мг внутривенно капельно № 10, тиотриозалин внутримышечно № 10, ливонорм (140) 1 капсула в сутки № 20.

С 28.01.2009 г. по 09.02.2009 г. находилась на лечении в терапевтическом отделении ЦГКБ №3 с диагнозом: смешанное системное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа) с наличием синдрома Рейно, активная фаза II ст.; соп.: хронический персистирующий гепатит. В анализах крови СРБ – отр., РФ – ++, ANA – обнаружены (1:160), АТ к нативной ДНК – 2,6 Ед/мл (0-3 Ед/мл).

После проведенного лечения: гептрал в/в, тиотриозалин, ливонорм, делагил состояние пациентки без существенной динамики (сохраняется слабость в мышцах), однако появилась тенденция к нормализации температуры.

В дальнейшем пациентку вновь начало беспокоить повышение температуры тела до субфебрильных цифр, нарастала слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, преимущественно по задней и внутренней поверхности бедер; беспокоила общая слабость, быстрая утомляемость. Рекомендовано увеличить дозу метипреда до 8 мг/сут. (2 т.) с 03.02.2009 г.

Рентген крестцово-подвздошного сочленения за 03.02.2009 г. (ДОКТМО) – без особенностей.

С 10.02.2009 г. по 26.02.2009 г. находилась на обследовании в ревматологическом отделении ДОКТМО, в результате которого был выставлен следующий диагноз: реактивный артрит, гастроэнтерогенный, минимальной степени активности, НФС I.

Однако, учитывая в основном болезненность и тянущие боли в мышцах, положительные Scl-70, Jo-1 (Anti-ENA (Sm, RNP, Ro, La, Scl-70, Jo-1)) необходимо наблюдение для исключения склеродермии.

В анализах крови за 17.02.2009 г.: повышение АСТ до 5 норм, АЛТ до 4 норм, КФК до 25 норм, ЛДГ до 3 норм, СОЭ – 15 мм/ч., СРБ – отр., РФ – +, LE-клетки (трижды) – не обнаружены, криоглобулины – отр. УЗИ ОБП: умеренные диффузные изменения печени (печень не увеличена), нормальная картина селезенки. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты, митральных створок и хорд, небольшая митральная регургитация, полости сердца не расширены, миокард не утолщен, сократимость миокарда удовлетворительная.

Рентген-исследование кистей за 25.02.2009 г. (ДОКТМО)
– эпифизарный остеопороз, сужение щелей в лучезапястных, костях запястья, запястно-пястных, пястно-фаланговых, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах, мелкие кистовидные просветления, костные разрастания по краям суставных поверхностей в ряде суставов.

Заключение: ревматоидный артрит II ст., остеоартроз II ст.

U.S.F. 10

7



Далее пациентка постепенно (в течение 1 месяца – март) начала снижать дозу метипреда с 8 мг до полной отмены. Однако через 10 дней после отмены метипреда вновь начала повышаться температура до субфебрильных цифр, нарастать слабость в мышцах, и пациентка вынуждена была вернуться 02.04.2009 г. к прежней дозировке метипреда 8 мг; которую принимала в течение 2 последующих месяцев без значительного улучшения состояния.

В анализах крови за 27.03.2009 г. повышение АСТ до 4 норм, АЛТ до 5 норм, КФК до 17 норм, ЛДГ до 2 норм; РФ до 3 норм, СРБ – норма, СК-МВ – 24,5 u/l (0-24 u/l), повышение общего билирубина до 25,4 umol/l за счет непрямого (14,5 umol/l) и снижение холестерина до 2,2 mmol/l (3,0-6,0 mmol/l), СОЭ – 11 мм/ч, лейкоц. – $4,6 \times 10^3/\text{mm}^3$, п. – 11%, с. – 33%, э. – 2%, л. – 51%, м. – 3%.

31.03.2009 г. повторная консультация инфекциониста
ДОКТМО: хронический криптогенный гепатит,
ассоциированный с + anti-HBcor, с выраженной
биохимической активностью, минимальным нарушением
билирубинообразующей функции печени. Рекомендовано: в
плановом порядке сдать анализ крови на ДНК вирусов
Эпштейна-Барра, цитомегаловируса; гептрал по 1 т. 3 раза в
день 4 недели, глутаргин по 2 т. 3 раза в день 3 недели.

С 01.04.2009 г. по 17.04.2009 г. находилась на
обследовании и лечении в гастроэнтерологическом
отделении ДОКТМО с диагнозом: хронический
аутоиммунный гепатит, ассоциированный с Эпштейн-Барр
инфекцией, с умеренной биохимической активностью.
Хронический гастродуоденит в стадии нерезкого обострения.
Получала лечение: гепасол внутривенно, реосорбилакт,
цитраргинин; однако состояние улучшилось незначительно.
Рекомендована биопсия печени в плановом порядке.

В анализах крови за 12.05.2009 г. регистрировалось повышение АСТ до 10 норм, АЛТ до 6 норм, КФК до 26 норм, ЛДГ до 4 норм, РФ до 5 норм; общий билирубин – в пределах нормы, прямой – 6,5 $\mu\text{mol/l}$, γ – 31,9%; лейкоц. – $9,7 \times 10^3/\text{mm}^3$, СОЭ – 13 мм/ч.

19.05.2009 г. консультирована проф. Проценко М. В.: на момент осмотра дерматологические проявления поражения соединительной ткани отсутствуют, в т.ч. дерматомиозита. Для исключения дерматомиозита показана биопсия кожно-мышечного лоскута.

Заключение биопсии кожно-мышечного лоскута от 26.05.2009 г.: минимально выраженные признаки поражения кожи и мышц. Повторный анализ на ANA – обнаружены (1:160). В это же время пациентку начало беспокоить онемение кожных покровов в области нижней челюсти слева в дневное время. С 29.05.2009 г., учитывая ухудшение состояния (слабость, тяжесть в мышцах ног, рук, плечевого пояса, скелетных мышц в нижней половине грудной клетки, повышение температуры до субфебрильных цифр), была увеличена доза метипреда до 16 мг/сут., а с 01.06.2009 г. к лечению был добавлен имуран 50 мг, который она получала в течение последующих 3 месяцев.

С 11.06.2009 г. по 25.06.2009 г. обследовалась и лечилась в ревматологическом отделении ГБ №5. Диагноз: идиопатический дерматомиозит, хроническое течение, активность I (медикаментозноконтролируемая), с поражением мышц (миастения верхних и нижних конечностей), суставов (полиартрит мелких суставов рук НФС 0-I ст.), изменения на ЭМГ, высокий уровень сывороточной креатинкиназы, субфебрилитет. Получала лечение: имуран 50 мг, метипред 16 мг, оmez, ревмоксикам, энелбин – ретард.

С 15.06. по 15.07.2009 г. принимала флогэнзим по 2 драже 3 раза в день.

В анализах крови за 22.06.2009 г. отмечалось повышение АСТ до 6 норм, АЛТ до 5 норм, КФК до 20 норм, ЛДГ до 3 норм, СРБ до 3 норм, РФ до 2 норм; СОЭ – 8 мм/ч., лейкоц. – $8,1 \times 10^3/\text{mm}^3$.

3 июля 2009 г. консультирована в Институте ревматологии РАМН (г. Москва) к.мед.н. Антелавой О. А.

Рекомендовано:

- консультация и лечение у инфекциониста;
- метипред 4 таблетки;
- проведение игольчатой электромиографии (и-ЭМГ) дельтовидной мышцы и мышцы бедра с целью определения степени активности болезни;
- КТ грудной клетки и функциональные легочные тесты (при позитивности по Jo-1);
- морфологическое исследование проксимальной (!) мышцы (возможна консультация стекол в НИИР);
- динамическое наблюдение в НИИР, повторная консультация после дообследования (сентябрь 2009 г.);
- консультация в Институте эпидемиологии.

03.07.2009 г. анализ крови на аутоантитела к Jo-1 антигену (г. Москва) – не обнаружены.

15.07.2009 г. отмечалось повышение температуры тела до 38°C с постепенным снижением до нормы без дополнительных медикаментозных препаратов.

С 20.07.2009 г. по 04.08.2009 г. находилась в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО, где была произведена биопсия печени: в печени слабая гидропическая и умеренно выраженная жировая дистрофия гепатоцитов, в портальных трактах единичные лимфоциты изредка. Склероз отсутствует. Изменения укладываются, наиболее вероятно, в картину умеренно выраженного жирового гепатоза (проф. Василенко И. В.).

С июля по декабрь 2009 г. принимала селен (по 9 капель 1 раз в день), в августе принимала лецитин.

В биохимическом анализе крови за 28.07.2009 г. впервые отмечено более существенное снижение наблюдаемых показателей: АСТ до 2 норм, АЛТ практически до нормы, КФК до 3 норм, ЛДГ до 1,5 норм и первый раз отмечено повышение ГГТ до 3 норм, РФ в пределах нормы, повышение СРБ до 4 норм. С этого времени отмечает улучшение состояния: уменьшилась общая и мышечная слабость, температура тела нормальная. Потерянная масса тела (5 кг) с ноября 2008 г. по июль 2009 г. начала постепенно восстанавливаться, и к декабрю 2009 г. масса тела увеличилась на 6 кг.

С 01.08. по 10.08.2009 г. получала Гепа-мерц в/в капельно, далее по 1 порошку 3 раза в день.

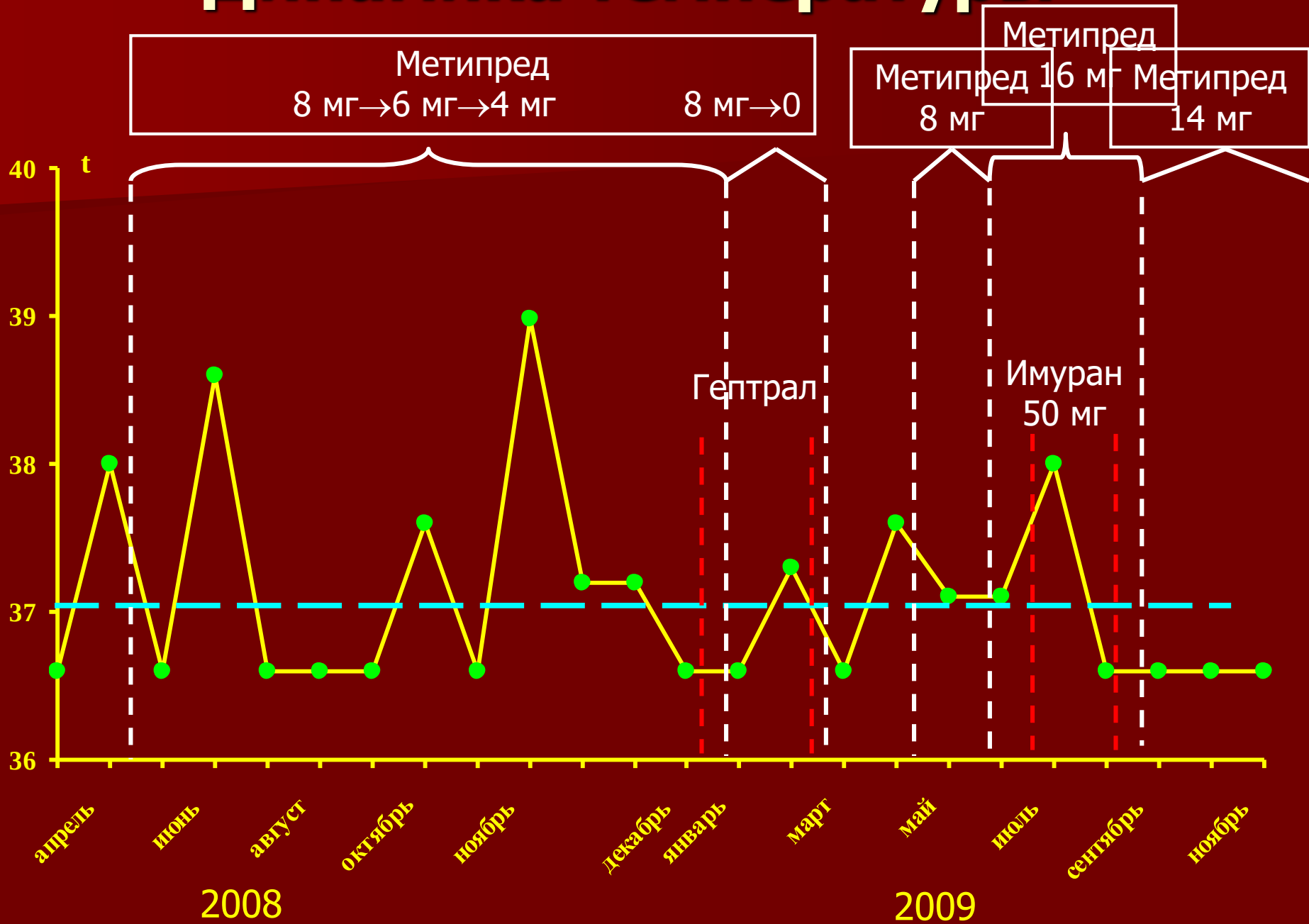
В анализах крови за 31.08.2009 г. отмечено дальнейшее снижение контролируемых показателей: АСТ практически до нормы, КФК, ЛДГ, ГГТ в пределах нормы, однако АЛТ увеличилось до 2 норм; СОЭ – 5 мм/ч., лейкоц. – $7,4 \times 10^3/\text{mm}^3$, п. – 9%, с. – 59%, э. – 1%, л. – 25%, м. – 6%. Поэтому с 01.09.2009 г. доза метипреда была снижена на 1/2 т. (т. е. до 14 мг).

С 01.09.2009 г. по 07.10.2009 г. пациентка получала гепадиф по 1 т. 3 раза в день.

С 08.09.2009 г. по 22.09.2009 г. находилась в гастроэнтерологическом отделении ЦГКБ № 3 с диагнозом: хронический аутоиммунный гепатит с минимальной биохимической активностью (на кортикостероидной терапии) выраженными внепеченочными проявлениями (полимиозит). Консультирована проф. Березовым В. М.: наиболее вероятен диагноз полинейромиозита; диагноз хронического аутоиммунного гепатита не подтверждается данными объективного обследования и биопсией печени. Рекомендовано: прием ГКС, иммуран отменить.

8 октября 2009 г. после физической нагрузки появились боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в межреберных промежутках справа, по поводу чего лечилась в дневном неврологическом стационаре с 22.10.2009 г. по 29.10.2009 г. После проведенного лечения (мовалис, кавинтон) состояние пациентки не улучшилось. По рекомендации невролога ДОКТМО произведено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, денситометрия (результаты исследований представлены ниже). В биохимическом анализе крови за 17.11.2009 г. показатели КФК, ЛДГ, ГГТ – в пределах нормы, АСТ, АЛТ – повышены незначительно.

Динамика температуры



Экспертно-трудоустройственный анамнез

Образование высшее (инженер). В настоящее время на пенсии, но продолжает работать.

Анамнез жизни

Родилась и проживала до 17 лет в Мурманской области (указывает на однообразное питание в этот период). Туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания, дизентерию, гемотрансфузии, отхождение члеников гельминтов, ВИЧ – отрицает. 1978 г. – эрозия шейки матки. 1991 г. – гидраденит левого подмышечного лимфоузла. Лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ в 1999 г. 2005 г. – закрытый перелом головки правой лучевой кости без смещения. С 2006 г. – гипертоническая болезнь I ст. Вредные привычки – отрицает. Аллергологический анамнез – не переносит олфен в таблетках (крапивница). Наследственный анамнез – неотягощен. Роды – 1978 г., 2 аборта. Менопауза естественная с возраста 49 лет. ЗГТ не принимала.

Объективно

Рост — 165 см. Масса тела — 64 кг. Температура тела — 36,7°C. Общее состояние относительно удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые — обычной окраски. Кожа суховата, больше на локтях. «Кушингоидный» тип лица. Отложение подкожно-жировой клетчатки преимущественно на животе, при относительно тонких нижних конечностях. Щитовидная железа: пальпируется перешеек, б/б. Расширена подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке и на груди.

Перкуторно над легкими — ясный легочный звук. Аускультативно — дыхание везикулярное. ЧДД — 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; верхняя — III ребро; левая — по левой срединно-ключичной линии.

Деятельность сердца ритмичная, тоны на верхушке приглушены, короткий систолический шум на верхушке. ЧСС — 74 в минуту. АД — 140/90 мм рт. ст.

Язык влажный, слегка обложен белым налетом у корня. Живот: послеоперационные рубцы после лапароскопической холецистэктомии. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки толстой кишки обычных свойств. Печень +1 см, эластичная, край заостренный, чувствительный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Варикозно расширены, извиты подкожные вены, капилляры ног.

Со стороны опорно-двигательного аппарата: суставы верхних конечностей внешне не изменены. Отмечается хруст при сгибании коленных суставов. Дефигурация I-го плюснефалангового сустава обеих стоп. Движения в суставах в полном объеме. Мышечная сила несколько снижена. При пальпации мышцы безболезненны.

Данные обследования

- RW – отр.
- ВИЧ – отр.
- Общий анализ крови (17.11.2009 г.): Hb – 13,0 g/dl; эр. – $4,56 \times 10^8 / \text{mm}^3$; Ht – 42,0%; **СОЭ – 19 мм/ч** (2-15 мм/ч); лейкоциты – $6,9 \times 10^3 / \text{mm}^3$; п. – 5%, с. – 52%; э. – 1%; **л. – 39%** (19-37%); м. – 3%; тромбоциты – $303 \times 10^3 / \text{mm}^3$.
- Общий анализ мочи (17.11.2009 г.): в пределах нормы

Коагулограмма (17.11.2009 г.)

Показатели в пределах нормы.

Биохимический анализ крови (17.11.2009 г.):

общий белок – 75,0 g/l; общий билирубин – 17,8 $\mu\text{mol/l}$;
прямой билирубин – 4,3 $\mu\text{mol/l}$; щелочная фосфатаза – 122 u/l;
ГГТ – 31,9 u/l; креатинкиназа общая – 45 u/l; ЛДГ – 404 u/l;
амилаза – 57,8 u/l; глюкоза – 5,19 mmol/l; мочевины – 5,59
mmol/l; креатинин – 69,8 $\mu\text{mol/l}$; холестерин – 4,77 mmol/l;
триглицериды – 1,42 mmol/l; α -холестерин – 1,20 mmol/l; LDL
cholesterol – 2,3 mmol/l; HDL cholesterol – 1,2 mmol/l;
липопротеиды: α – 27,2%, pre- β – 26,6%, β – 46,2%;

Биохимический анализ крови (17.11.2009 г.):

хлориды, фосфор, кальций, магний, калий, натрий,
железо, мочевая кислота – ***показатели в пределах нормы;***

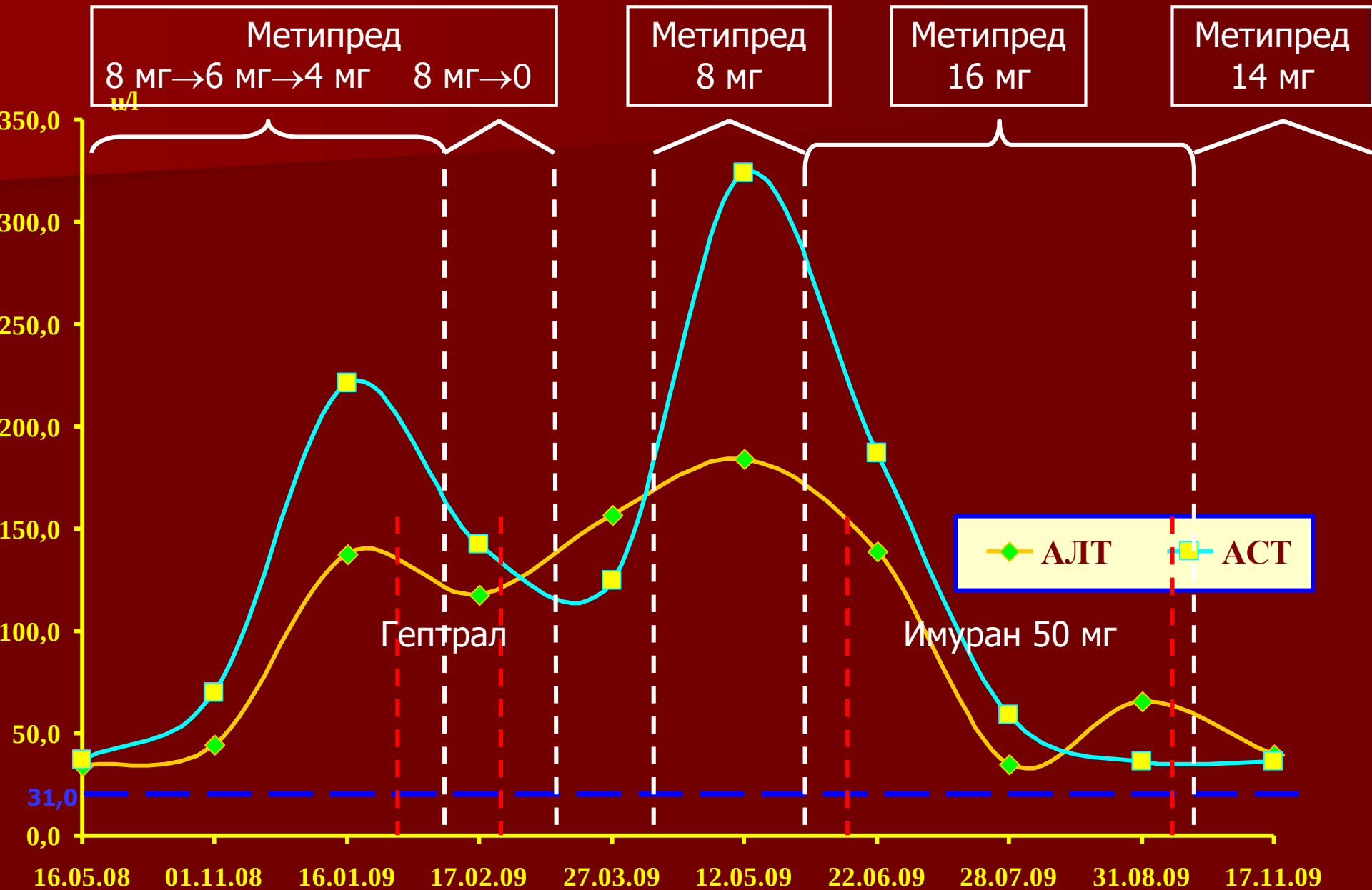
альбумины – 53,9%; α_1 – 3,4%; α_2 – 9,6%;

β – 15,7%; γ – **17,3%** (17,6-25,4%);

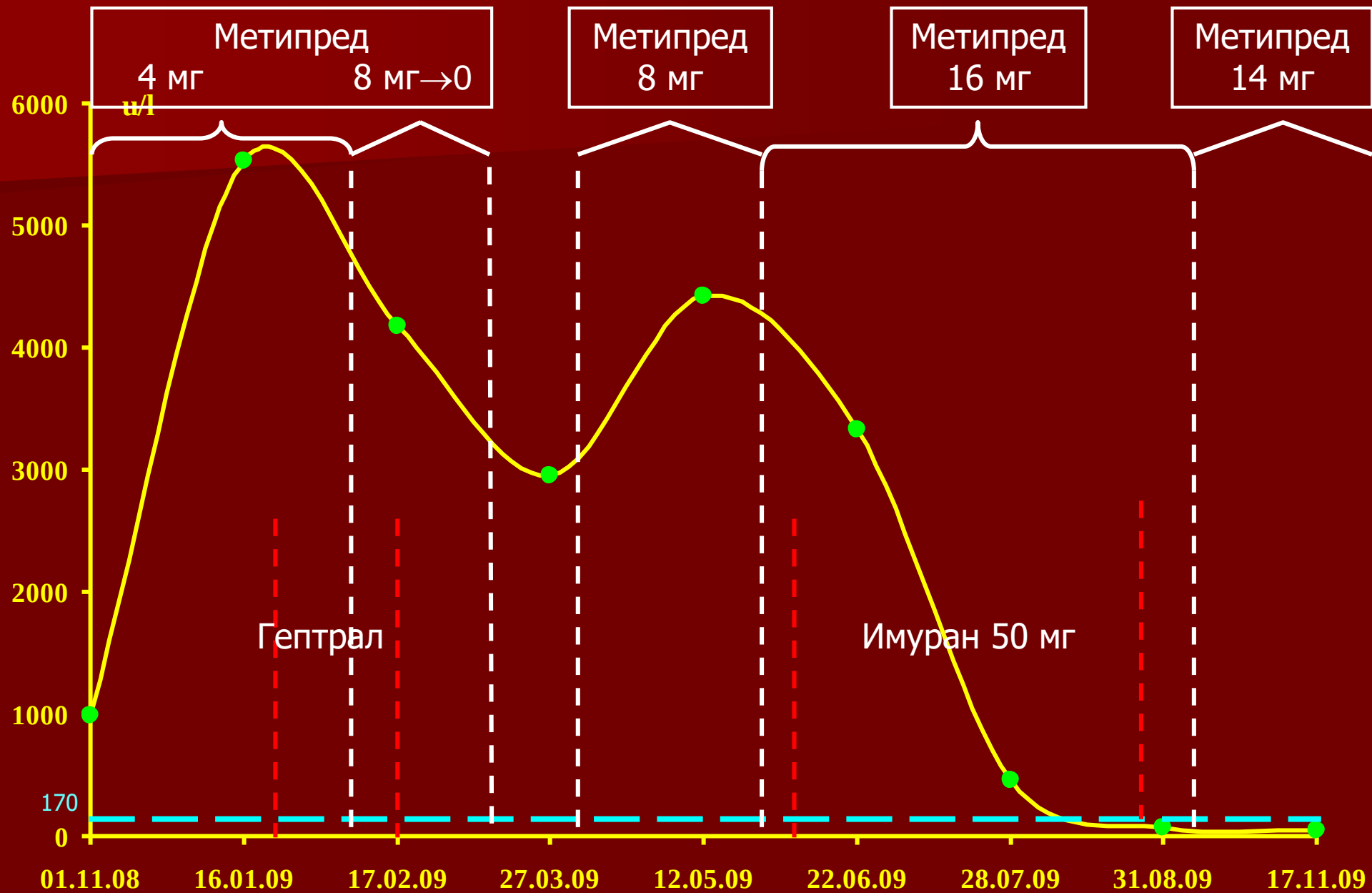
АСТ – 36,3 u/l (≤ 31 u/l);

АЛТ – 39,9 u/l (≤ 31 u/l);

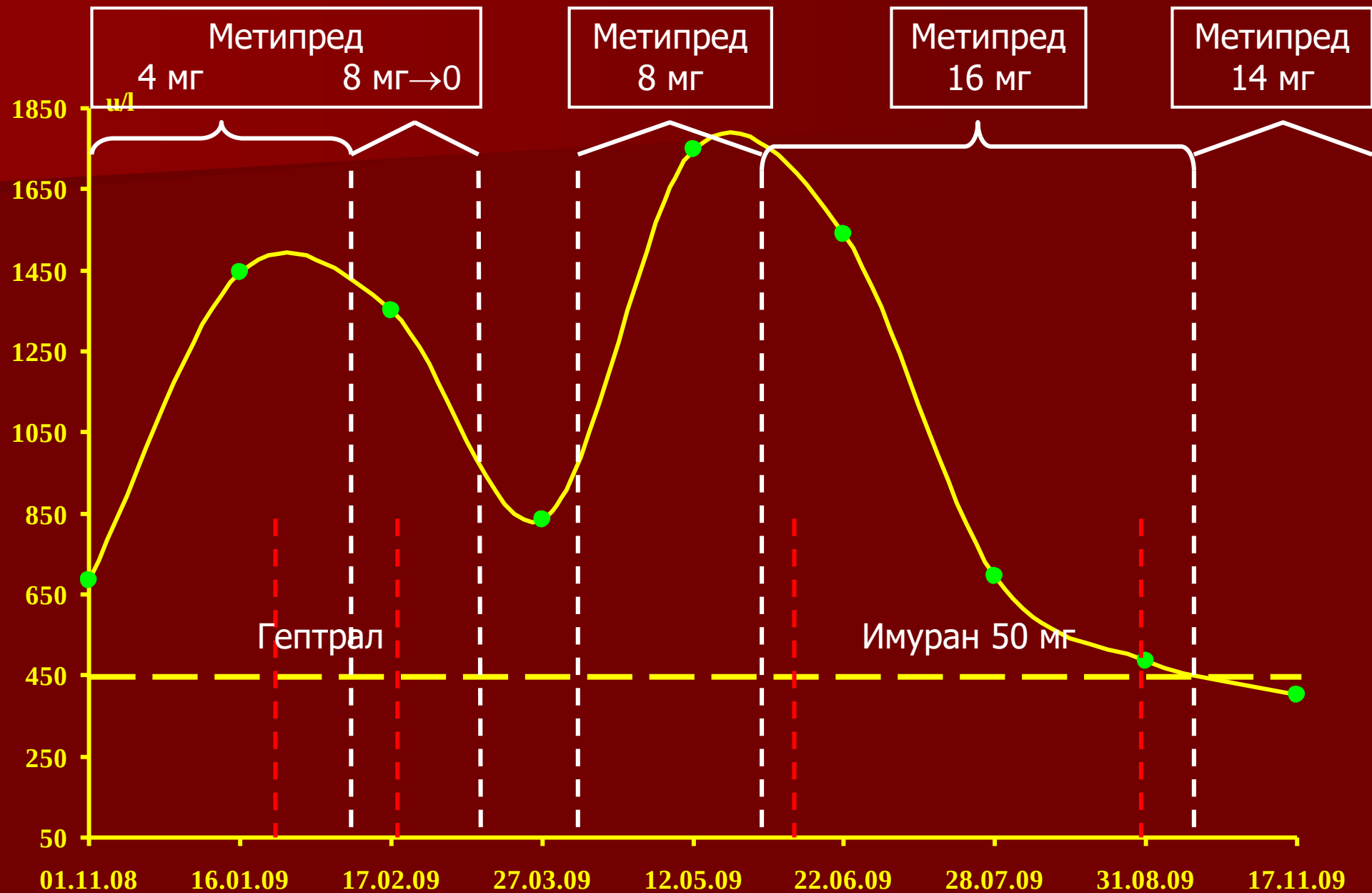
Динамика показателей АЛТ и АСТ



Динамика показателей КФК



Динамика показателей ЛДГ



Онкомаркеры (27.05.2009 г.)

- ✓ АФП – 1,53 МЕ/мл (до 5 МЕ/мл);
- ✓ СЕА – 1,06 нг/мл (до 5 нг/мл);
- ✓ СА 19-9 – 10,4 Е/мл (до 37 Е/мл);
- ✓ СА 125 – 5,74 Е/мл (до 21 Е/мл);
- ✓ **Цитокератин 18 – 214 МЕ/л** (18-83 МЕ/л);
- ✓ **НСЕ – 18,8 мкг/л** (0-13 мкг/л).

- ✓ Гликозилированный гемоглобин (17.11.2009 г.) – 5,8 % (<6,0%)
- ✓ **Кортизол – 11,9 нмоль/л** (160-660 нмоль/л)
- ✓ Адренокортикотропный гормон (АКТГ) – 16,80 пг/мл (8,3-57,8 пг/мл).

Исследование функции щитовидной железы (17.11.2009 г.)

- *Свободный T4 – 25,1 пмоль/л* (10,0-23,2 пмоль/л)
- *ТТГ – 4,62 мкМЕ/мл* (0,4-4 мкМЕ/мл)
- антитела к ТПО – 10 МЕ/мл (< 35 МЕ/мл)
- антитела к ТГ – 20 МЕ/мл (<40 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы (17.11.2009 г.)

Выводы: нормальная картина щитовидной железы.

Консультация эндокринолога (19.11.2009 г.)

Диагноз: надпочечниковая недостаточность стероидного генеза с явлениями легкого вторичного гипотиреоза (лабораторно) при нормальной картине щитовидной железы, явлениями «кушингоидного» синдрома.

- ***C-реактивный белок*** (17.11.2009 г.) – ***6,9 mg/L*** (0-5,0 mg/L)
- Ревматоидный фактор (17.11.2009 г.) – 12,4 mU/ml
- Антистрептолизин-О (17.11.2009 г.) – 82,0 IU/ml
- LE-клетки (04.02.2009 г.) – не обнаружены
- Антитела к нативной ДНК (04.02.2009 г.) – 2,6 ЕД/мл (0-3 ЕД/мл)
- ***Anti-ENA (Sm, RNP, Ro, La, Scl-70, Jo-1)***
(11.02.2009 г.) – ***обнаружены (++)***, норма – отсутствуют
- Аутоантитела к Jo-1 антигену (03.07.2009 г.) – не обнаружены
- Антимитохондриальные антитела (AMA) (09.04.2009 г.) – 5,2 ME/мл (0-10 ME/мл)
- Anti-LKM1 (АТ к микросомам печ. и поч.) (09.04.2009 г.) – не обнаружены
- ***Антинуклеарные антитела (ANA)*** (27.05.2009 г.) – ***обнаружены (1:160)***, норма – отсутствуют

Вирусные маркеры (22.01.2009 г.):

- anti-HAV IgM – отрицательные;
- HBsAg – отрицательный;
- *anti-HBcore IgG – положительные (КП – 3,18);* норма отр. (КП<1,0);
- anti-HBcore IgM – отрицательные;
- ДНК вируса гепатита В (качественно) – не обнаружена;
- anti-HCV Ig M+G – отрицательные.

02.04.2009 г.

- ДНК CMV в крови – не обнаружена;
- *ДНК EBV в крови – обнаружена (++)*.

09.04.2009 г.

- Антитела IgM к VCA EBV, IgM к EA EBV, IgG к EA EBV – не обнаружены;
- **Антитела IgG к VCA EBV – 94,5** (<3 Ед/мл);
- **Антитела IgG к EBNA EBV – 116,4** (<3 Ед/мл).

05.05.2009 г.

Антитела IgG к лямблиям, эхинококку, описторхисам, к токсокарам, трихинеллам, аскаридам – не обнаружены.

Консультация инфекциониста (15.04.2009 г.)

Дополнительные обследования на EBV-инфекцию свидетельствуют о перенесенном в прошлом заболевании, отсутствии хронической инфекции или её реактивации. В лечении не нуждается.

ФГДС (02.04.2009 г.)

Выводы: пищевод – норма. Смешанная гастропатия. Эритематозная дуоденопатия.

Колоноскопия (18.05.2009 г.)

Выводы: левосторонний катаральный колит. Дискинезия толстого кишечника по гипотоническому типу.

УЗИ органов брюшной полости (17.11.2009 г.)

Выводы: умеренные диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Нормальная картина селезенки. Удаленный желчный пузырь. Левая и правая почки без структурных изменений. Правый и левый надпочечники не визуализируются, в их проекции патологических образований не выявлено.

Мультисрезовая компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с предварительным per os контрастированием (26.05.2009 г.)

Печень умеренно увеличена, с ровными, четкими контурами, однородной структурой, дополнительные образования и очаги патологической плотности в ней не визуализируются.

Размеры селезенки, поджелудочной железы не изменены, структура однородная, дополнительных образований не выявлено.

Надпочечники — обычной формы, размеров, дополнительные образования в них не определяются.

Почки — обычной формы, размеров, положения, в среднем сегменте правой почки определяется киста до 1,1 см в диаметре. Полостные системы не расширены, конкременты не визуализируются. Сосудистые ножки почек не изменены. Мочеточники не расширены.

*Мультисрезовая компьютерная томография органов
брюшной полости, забрюшинного пространства с
предварительным per os контрастированием (26.05.2009 г.)*

Кишечник неравномерно выполнен контрастным веществом, на фоне которого дополнительные образования и утолщения стенок не определяются.

Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не увеличены.

Деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено.

Заключение: диффузные изменения печени. Киста правой почки.



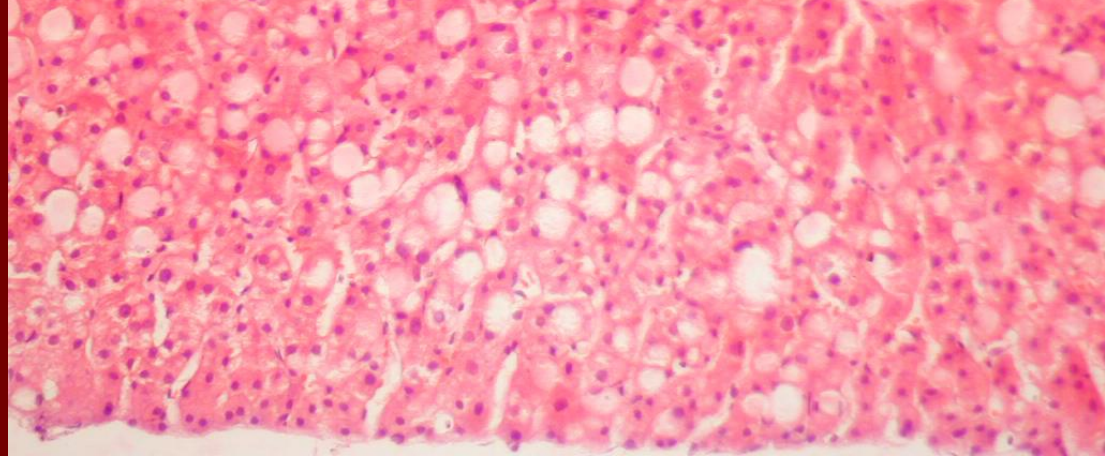
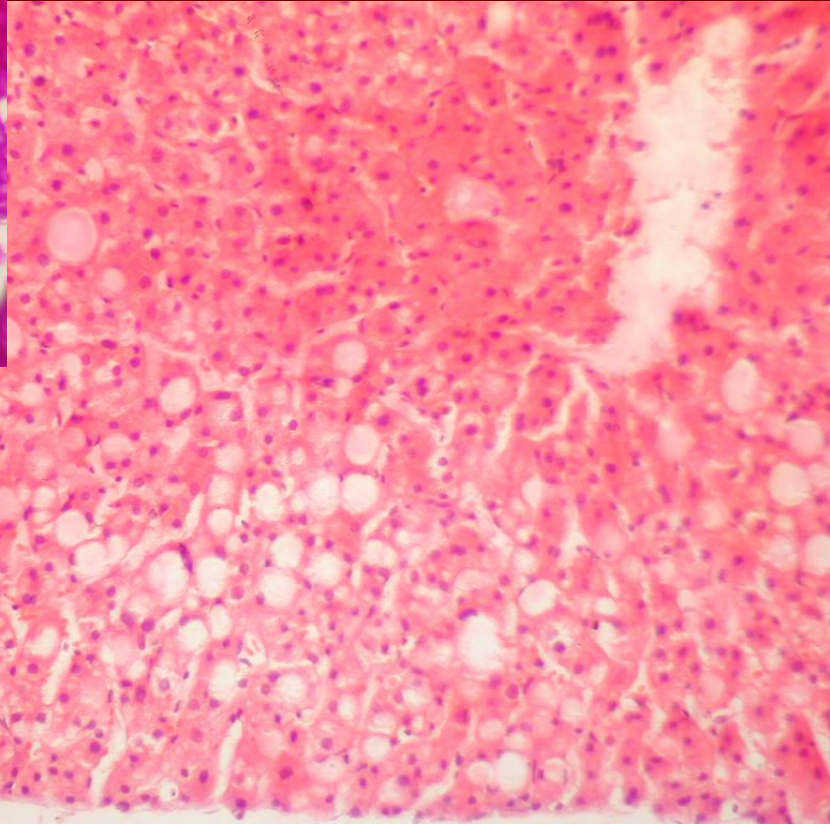
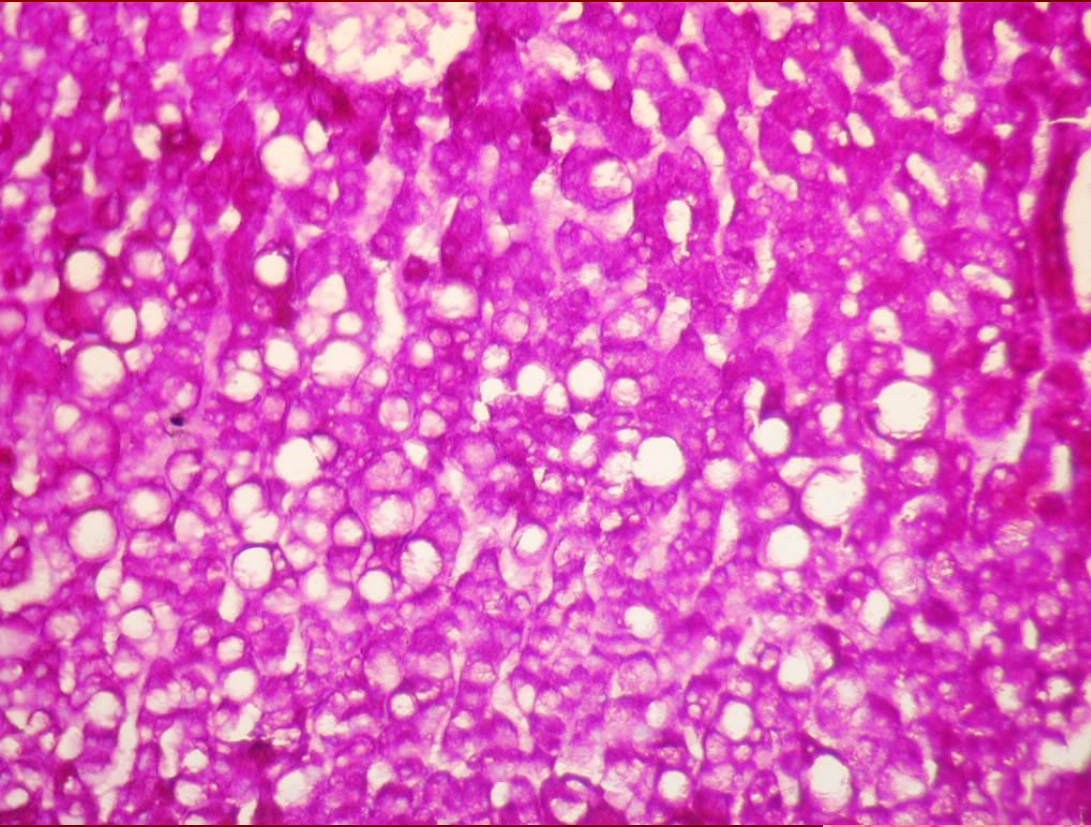
Консультативное заключение результатов биопсии печени

№ 7105-06/09 от 21.07.2009 г.

проф. Василенко И.В.

В печени слабая гидропическая и умеренно выраженная жировая дистрофия гепатоцитов, в портальных трактах единичные лимфоциты изредка. Склероз отсутствует. Изменения укладываются, наиболее вероятно, в картину умеренно выраженного жирового гепатоза.

Пункционная биопсия печени



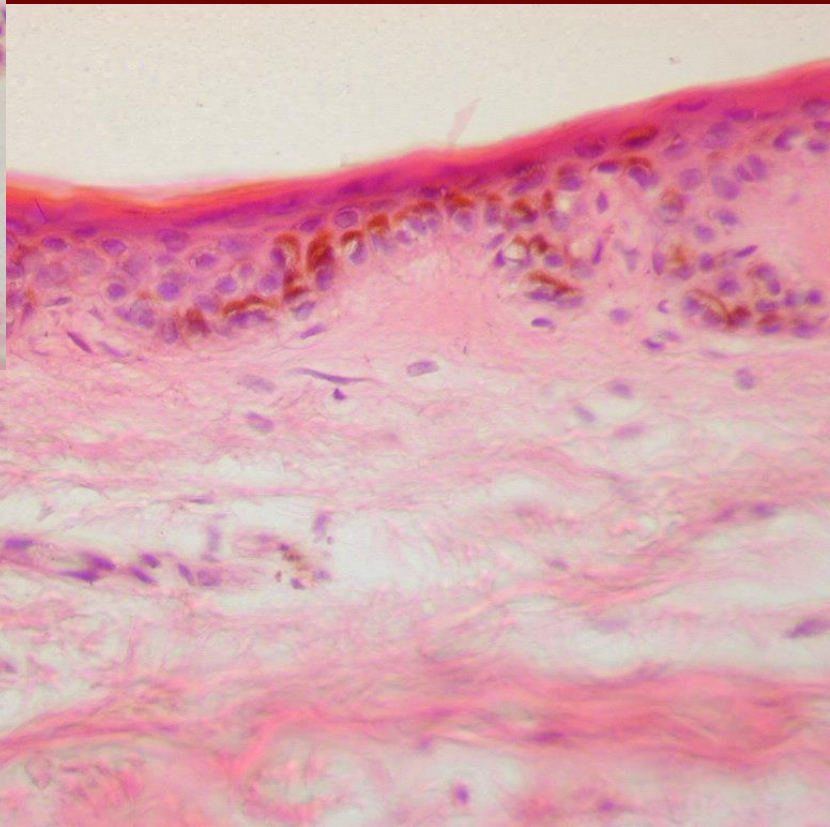
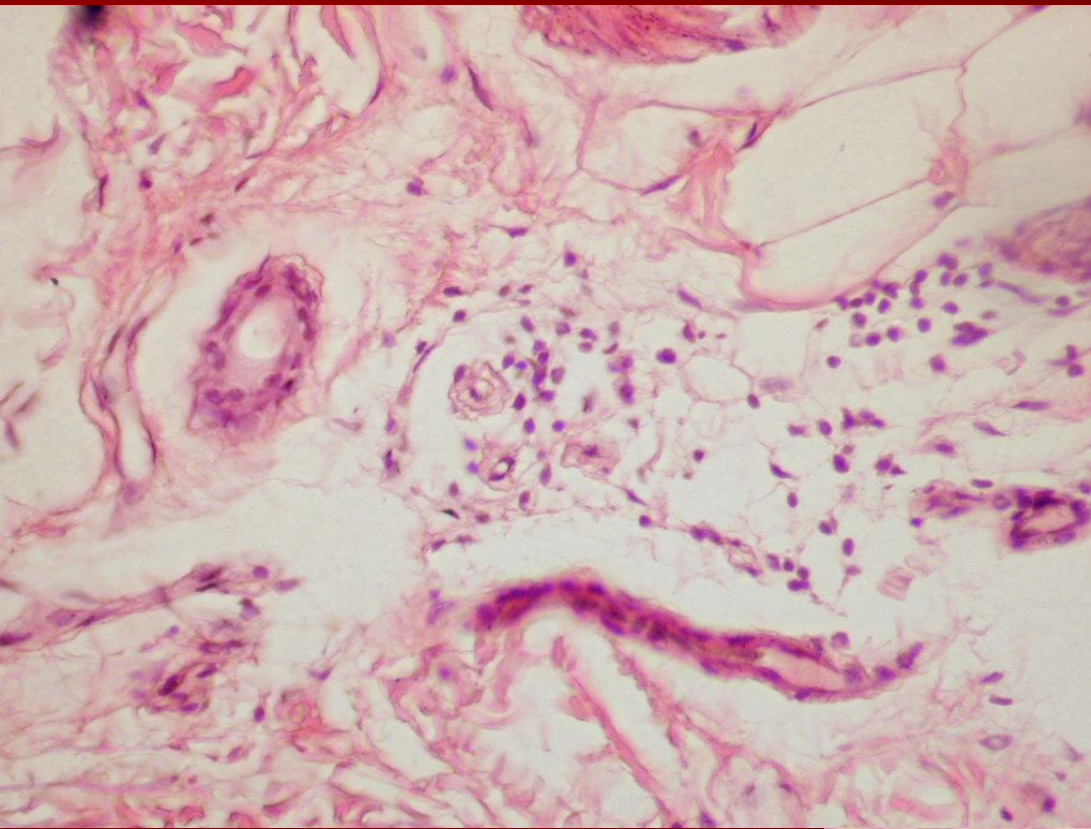
*Консультативное заключение результатов биопсии
кожно-мышечного лоскута
№ 36849-50/09 от 26.05.2009 г.
проф. Василенко И.В.*

В коже слабо выраженная атрофия эпидермиса с очаговым сглаживанием эпидермально-дермальной границы, склероз сосочкового слоя дермы, минимальная периваскулярная инфильтрация лимфоцитами.

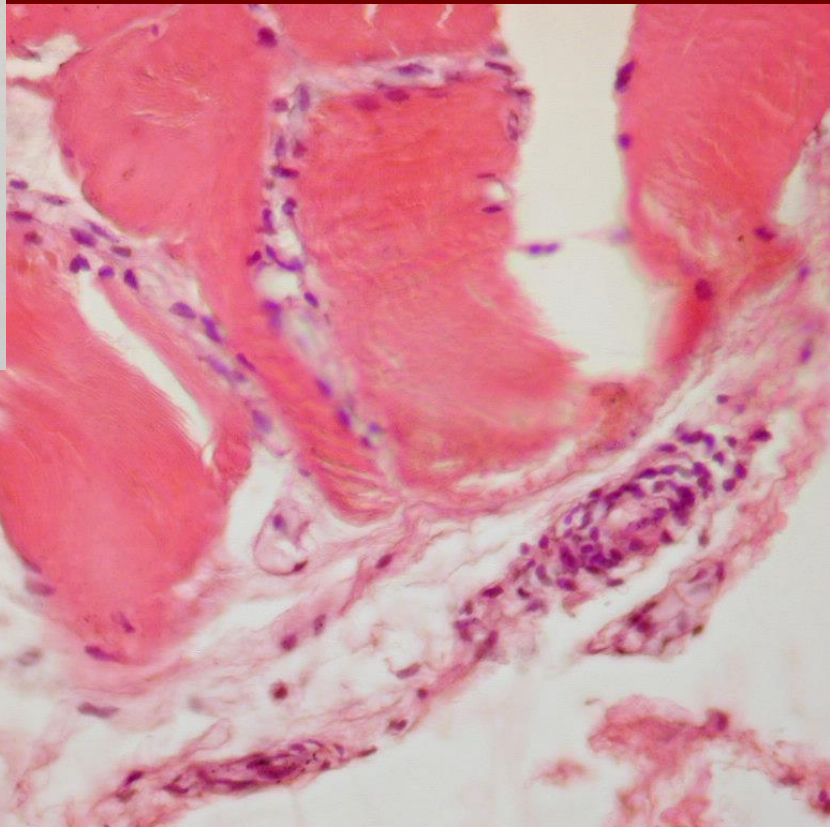
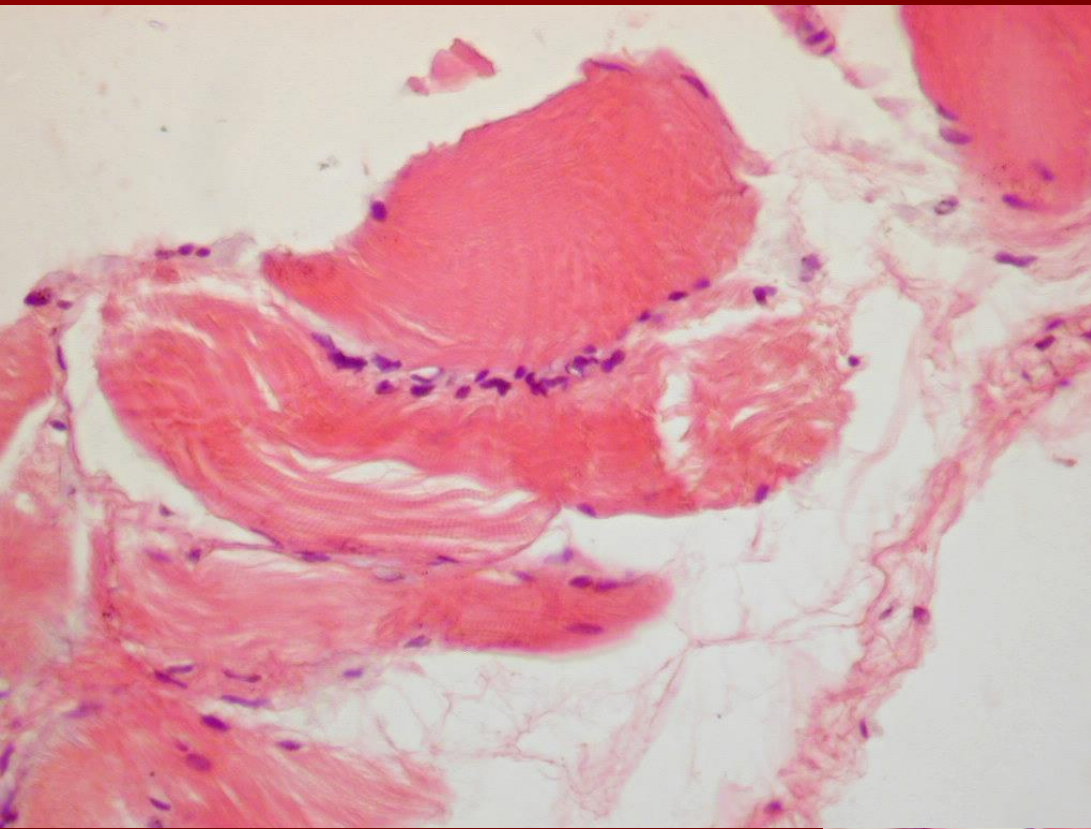
В скелетной мышце дистрофические изменения умеренно выраженные, минимальная очаговая лимфоцитарная инфильтрация, атрофия мышц.

Заключение: минимально выраженные признаки поражения кожи и мышц.

Кожно-мышечный лоскут



Кожно-мышечный лоскут



ЭМГ исследование (04.06.2009 г.)

При проведении ЭМГ игольчатым электродом получены следующие данные:

М. Triceps brachii dex.: средняя длительность ПДЕ – 8,5 мс (норма – 12,5 мс), средняя амплитуда ПДЕ – 750 мкВ (норма 500 мкВ), число полифазных и псевдополифазных ПДЕ – 20% (норма до 5%). Спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляции, положительных острых волн.

Заключение: по данным ЭМГ полученные изменения параметров ПДЕ отражают полимиозитический процесс.

МРТ мышц обеих бедер, тазобедренных суставов

(15.10.2009 г.)

На серии фронтальных МР-томограмм тазобедренных суставов и бедер в режимах T1- и T2-взвешенных изображений и при подавлении сигнала от жира (STIR) очагов патологического изменения МР-сигнала и дополнительных образований не выявлено. Отмечаются атрофические изменения в мышцах с наличием жировых прослоек.

Суставные поверхности головок бедренных костей и вертлужных впадин гладкие.

Суставной хрящ с обеих сторон не изменен.

Дополнительных образований в полости суставов не выявлено.

Заключение: патологических изменений мягких тканей бедер и тазобедренных суставов не выявлено.

*МРТ мышц обеих бедер, тазобедренных суставов
(15.10.2009 г.)*

Sc3/14



W 1081
L 432

Sc4/13



W 896
L 377

*МРТ мышцы обеих бедер, тазобедренных суставов
(15.10.2009 г.)*



Консультация ревматолога
доц. Толстого В. А. (27.11.2009 г.)

Диагноз: идиопатический полимиозит, хроническое течение, стадия неполной ремиссии.

Рекомендовано: для решения вопроса об активности процесса постепенное снижение дозы метипреда с последующим определением КФК через 2 недели.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (21.11.2009 г.)

Заключение: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с вышеописанной протрузией дисков L1/2, L2/3, L3/4, L4/5, L5/S1. МР-признаки компрессионных переломов разной степени давности с формированием хрящевых узлов (грыжи Шморля L3, L4). Деформирующий спондилез, спондилоартроз. Изменения в теле L5, вероятнее всего, обусловлены кистозной перестройкой, mts?

Для уточнения характера патологического изменения в теле L5 позвонка рекомендована КТ.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (21.11.2009 г.)



*Спиральная КТ поясничного отдела позвоночника
на уровне Th12-S1
(23.11.2009 г.)*

На боковой топограмме, а также на серии томограмм в сагиттальной проекции визуализируется клиновидная деформация L3 позвонка, за счет снижения высоты тела в передних отделах, с выраженным склерозированием верхней замыкательной пластинки (старый компрессионный перелом).

Определяется свежий компрессионно-оскольчатый перелом L4 позвонка. На серии компьютерных томограмм, выполненных в аксиальной проекции с толщиной срезов 0,3 см, на уровне исследования отмечается перестройка костной ткани по типу остеопороза. Визуализируется аномалия развития – 13 поясничное (рудиментарное) ребро справа. Определяется перелом поперечного отростка L2 позвонка.

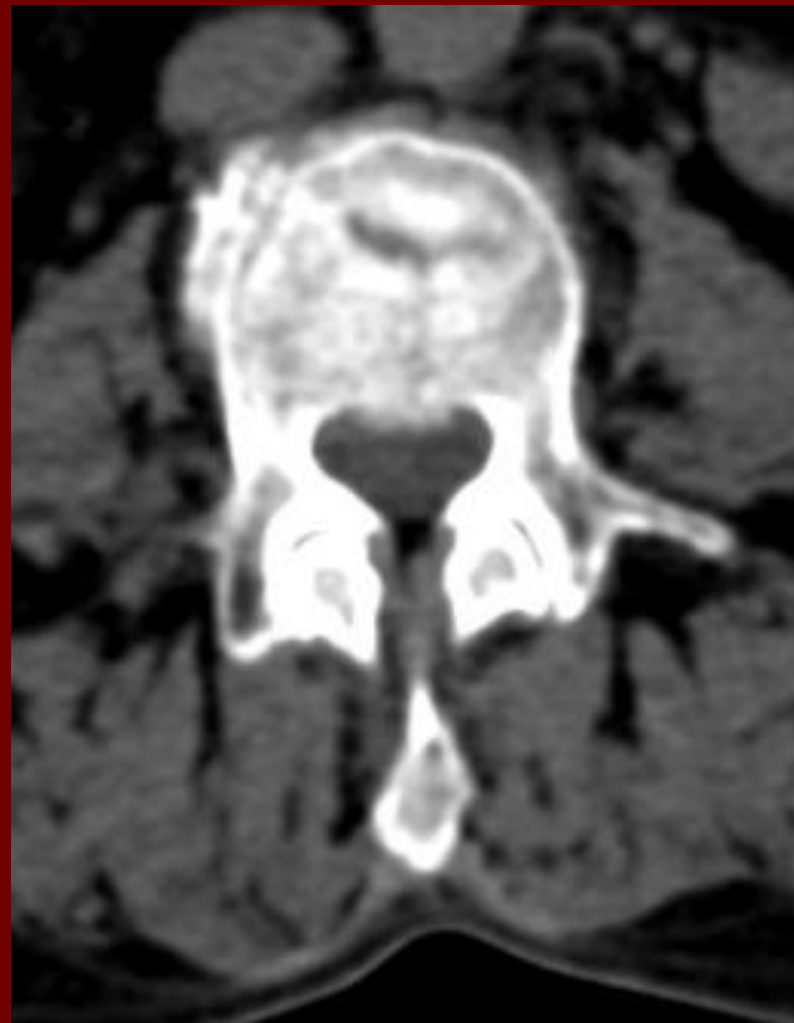
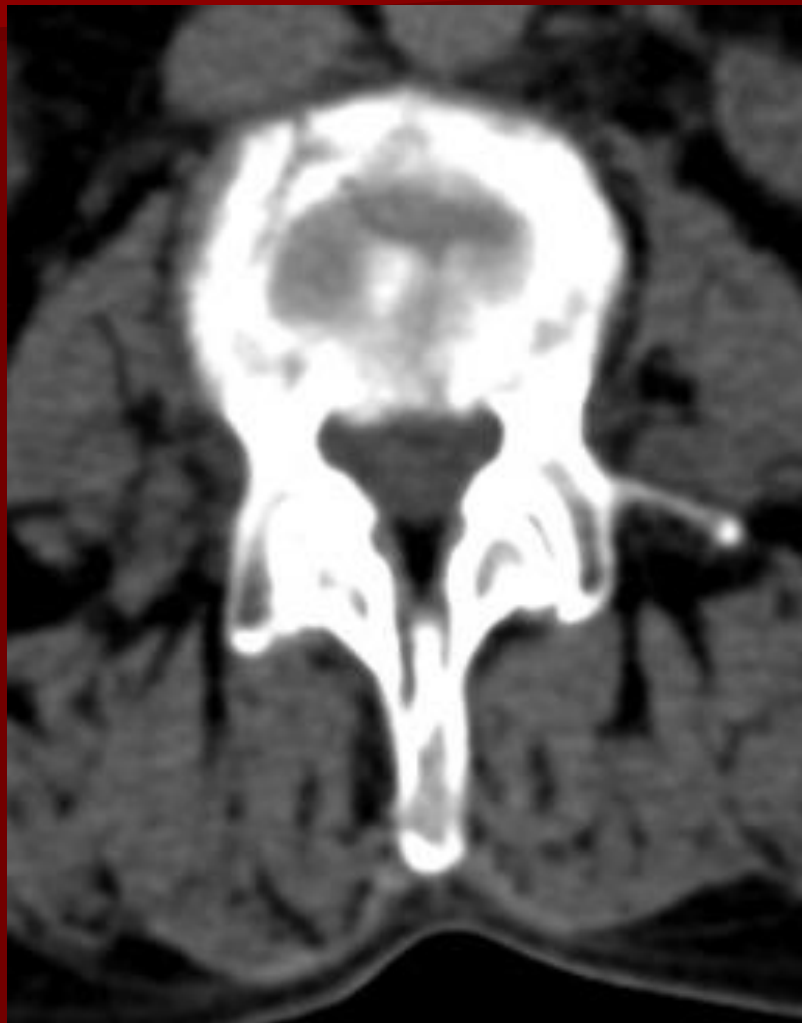
*Спиральная КТ поясничного отдела позвоночника
на уровне Th12-S1
(23.11.2009 г.)*

В теле L5 позвонка выявляется участок оссификации диаметром 1,0 см.

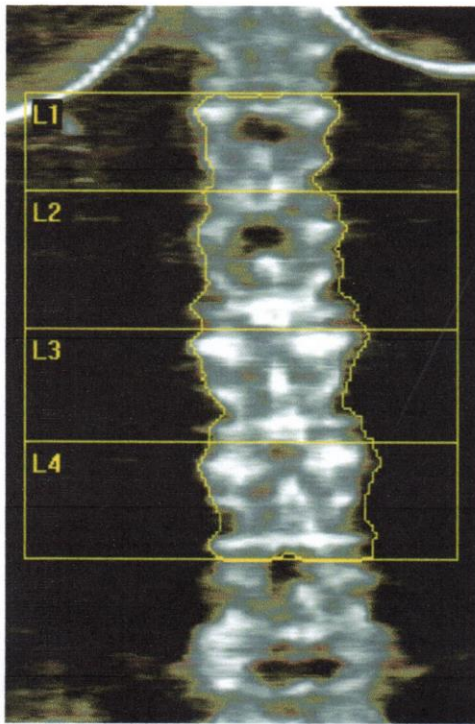
Позвоночный канал не деформирован, дополнительных образований в нем не выявлено.

Заключение: диффузная перестройка костной ткани по типу остеопороза. «Свежий» компрессионно-оскольчатый перелом L4 позвонка. «Старый» компрессионный перелом L3 позвонка. Перелом поперечного отростка L2 позвонка. Рудиментарное 13 поясничное ребро справа.

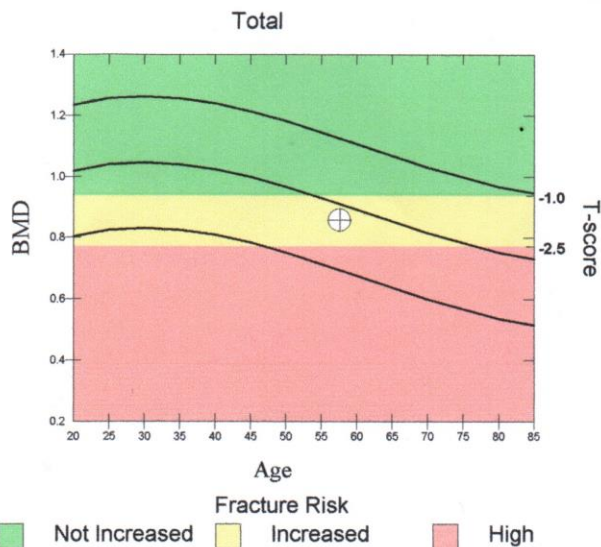
*Спиральная КТ поясничного отдела позвоночника
на уровне Th12-S1
(23.11.2009 г.)*



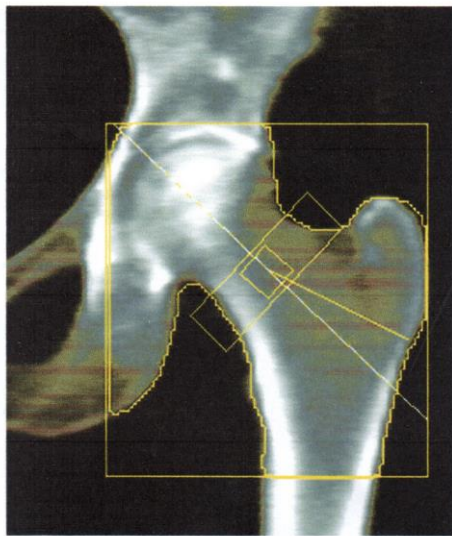
Двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия (20.11.2009 г.)



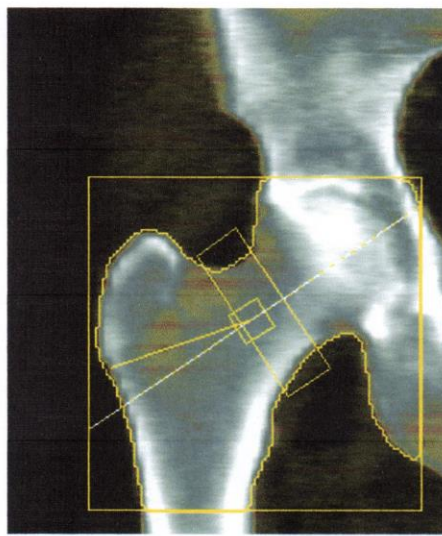
k = 1.149, d0 = 44.9
116 x 125



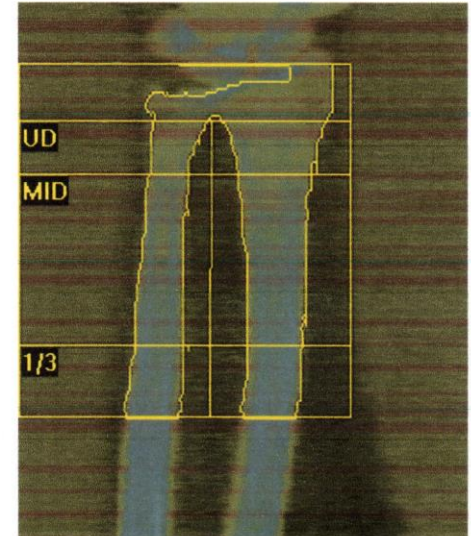
По данным остеоденситометрии, показатели минерализации костной ткани тел позвонков L1-L4 на уровне выраженной остеопении с явлениями регионарного остеопороза в L1, L2.



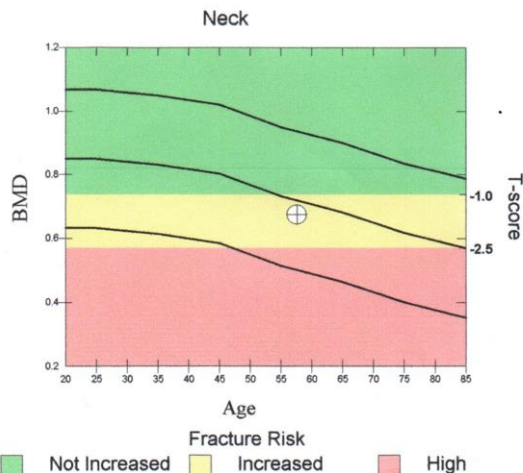
k = 1.153, d0 = 50.6
92 x 101
NECK: 49 x 15
HAL: 108 mm



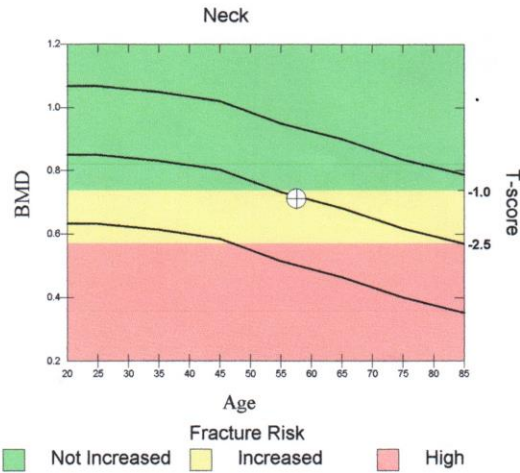
k = 1.153, d0 = 50.3
96 x 96
NECK: 49 x 15
HAL: 102 mm



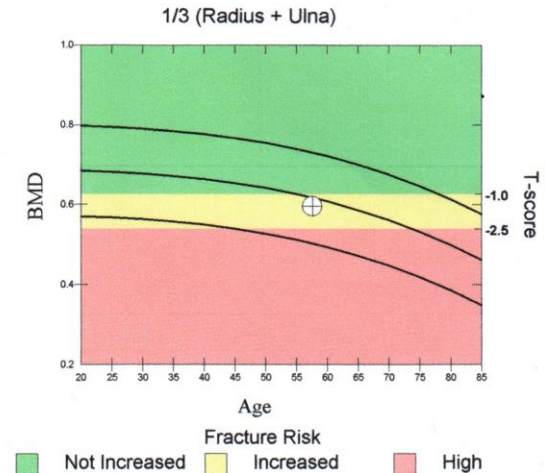
k = 1.225, d0 = 65.8
187 x 100, Forearm Length: 27.0 cm



T-score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source:BMDCS/NHANES



T-score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source:BMDCS/NHANES



T-score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source:Hologic

Показатели минерализации костной ткани проксимального отдела обоих бедер (шеек бедра) и костей с преимущественно кортикальным типом строения соответствуют остеопении средней степени.

Двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия

(20.11.2009 г.)

Выводы: денситометрически выявлены системные остеопенические изменения костной ткани с явлениями регионарного остеопороза в позвоночнике; смешанного генеза (постменопаузальные, глюкокортикоид-индуцированные).

Консультация невролога *(25.11.2009 г.)*

Диагноз: хроническая вертеброгенная и соматогенная (остеохондроз, остеопороз, компрессионно-оскольчатый перелом L4 позвонка («свежий») и компрессионный перелом L3 позвонка («старый»), перелом поперечного отростка L2 позвонка) тораколумбалгия с мышечно-тоническим синдромом в стадии обострения.

Системный остеопенический синдром. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст.

Рекомендации:

- бивалос по 1 порошку 1 раз вечером (при необходимости акласта 5 мг в/в капельно);
- ксефокам 8 мг 2 раза в день 2 недели;
- мильгамма 2,0 в/м № 7-10.

Рентген-исследование органов грудной клетки (03.08.2009 г.)

Легкие без патологических теней. Легочный рисунок не изменен. Корни структурны. Контур диафрагмы четкий. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

В левом кардио-диафрагмальном углу тень гипертрофированного жирового треугольника. Отмечаются дегенеративные изменения грудного отдела позвоночника.

Консультация окулиста (17.11.2009 г.)

Диагноз: ангиопатия сосудов сетчатой. Гиперметропия слабой степени левого глаза.

ЭКГ (17.11.2009 г.)

Выводы: синусовый регулярный ритм с ЧСС 64-70 имп/мин. Отклонение ЭОС влево. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиография (17.11.2009 г.)

Выводы: некоторое уплотнение стенок аорты. Уплотнение створок аортального клапана. Уплотнение створок митрального клапана. Минимальная митральная регургитация. Полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. Участки повышенной эхогенности в толще МЖП – признаки кардиосклероза. Сократимость миокарда удовлетворительная.

По сравнению с ЭХО-КГ от 12.02.2009 г. без существенной динамики.

Консультация кардиолога (27.10.2009 г.)

Диагноз: вторичная артериальная гипертония (стероидная + НПВП).

УЗИ молочных желез (04.03.2009 г.)

Структура молочных желез смешанная, междольковые промежутки не расширены, повышенной эхогенности, протоки у сосков не определяются, определяется умеренное диффузное разрастание соединительной ткани. Дополнительные образования не визуализируются. В обеих подмышечных областях визуализируются группы лимфоузлов обычной эхоструктуры от 9×5 мм до 13×6 мм в диаметре.

Вывод: эхо-признаки подмышечной лимфаденопатии.

Консультация маммолога (17.11.2009 г.)

Диагноз: инволютивные изменения молочных желез на фоне терапии метипредом.

Клинический диагноз

Основной: идиопатический полимиозит, хроническое течение, стадия неполной ремиссии.

Сопутствующие: хронический аутоиммунный гепатит? жировой гепатоз?

Хроническая вертеброгенная и соматогенная (остеохондроз, остеопороз, компрессионно-оскольчатый перелом L4 позвонка («свежий») и компрессионный перелом L3 позвонка («старый»), перелом поперечного отростка L2 позвонка) тораколумбалгия с мышечно-тоническим синдромом в стадии обострения. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Системный остеопенический синдром.

Вторичная артериальная гипертензия (стероидная + НПВП).

Надпочечниковая недостаточность стероидного генеза с явлениями легкого вторичного гипотиреоза (лабораторно) при нормальной картине щитовидной железы, явлениями «кушингоидного» синдрома. Инволютивные изменения молочных желез на фоне терапии метипредом. Ангиопатия сосудов сетчатой. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ в 1999 г. Киста правой почки. Киста правого яичника.

ЛЕЧЕНИЕ

- ✓ Метипред 14 мг (2 т. + 1,5 т.)
- ✓ Имуран 25 мг 2 раза в день
- ✓ Рабепразол 20 мг 2 раза в день
- ✓ Акласта 1 флакон в/в 1 раз в год
- ✓ Урсофальк по 1 капсуле 3 раза в день

Выводы

- ❖ В гастроэнтерологии, как и в других разделах медицины, важен мультидисциплинарный подход, проведение консультаций смежных специалистов, консилиумов, клинических разборов.
- ❖ Нельзя однозначно оценивать даже, на первый взгляд, очевидные результаты исследований.
- ❖ Крайне важен анализ клиники с учетом дополнительных данных.
- ❖ Следует помнить о разнообразии проявлений аутоиммунных заболеваний.

Спасибо за внимание!

