

Соп.: центральные грыжи Шморля L3-L4. Хронический эрозивный гастрит. Хронический колит. Хронический комбинированный геморрой. Правосторонний нефроптоз.

Проводимая терапия включала лечение основной патологии, а также ее осложнений: режим постельный, стол № 7, оmez 20 мг 2 раза в день, преднизолон 60 мг + 100,0 физ. р-ра в/в капельно, метотрексат 10 мг/сут с фолиевой кислотой, колхицин 1 г в сутки, эуфиллин 5,0 на 15,0 физ. р-ра в/в, милдронат 5,0 в/в, дофамин 3 мкг/мл/ч, глюкоза 500,0+6 ед инсулина+KCl 60,0+MgSO₄ 3,0 в/в капельно, дигоксин 0,5 мл+20,0 физ. р-ра в/в, фуросемид 20 мг/сут, аминесол 15%-500,0 в/в № 5, цефтазидим 1,0 3 р/сут в/в N 5, амикацин 1 г/сут, аспаркам 1 т 3 р/д, альбумин 10%-100,0 в/в № 2, гипотиазид 50 мг, верошпирон 100 мг/сут, мексидол 4,0 в/в № 10.

Несмотря на проводимую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось: отмечена нестабильная гемодинамика – АД 60/30 мм рт. ст., гипотермия – температура тела не поднималась выше 36°C; нарастала почечная недостаточность, протеинурия увеличилась до 6,6 г/л, содержание общего белка в сыворотке крови снизилось до 33 г/л, СОЭ – 76 мм/ч. Больной находился в АРО, реанимационные мероприятия не дали эффекта и на фоне прогрессирования симптомов ХСН, ХПН. 4.12.2008 г. была зафиксирована биологическая смерть. Констатировано совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Таким образом, вариабельность механизмов развития разных типов амилоидоза, сложность диагностики на ранней стадии заболевания, многообразие подходов и методов лечения определяют актуальность данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова О.В., Коноплева Е.А., Продеус А.П., Щербина А.Ю. Периодические синдромы // Трудный пациент. – 2007. – № 2. – С. 21–25.
2. Ревматология. Клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 288 с.
3. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1584 с.
4. Westermarck P., Benson M.D., Buxbaum J.N. et al. Amyloid fibril protein nomenclature: 2002 / Amyloid. – 2002. – № 9. – P. 197–200.

УДК: 616.72-002.775

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

О.Ю. Сосина, Д.Г. Кречикова, Е.В. Королева

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра госпитальной терапии

Псориатический артрит является одним из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника, который приводит к деструкции суставных поверхностей, различным вариантам костной резорбции, анкилозированию суставов, сакроилеиту, многочисленным системным проявлениям. Развивается артрит у больных псориазом от 13,5 до 47% случаев [1]. Хроническое прогрессирующее течение псориатического артрита способствует развитию функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата и поражению органов, значительному снижению качества жизни, потере трудоспособности и стойкой инвалидизации [2].

По своей тяжести псориатический артрит сходен с ревматоидным артритом. При осложненном псориазе у 67% больных выявляются эрозии суставных поверхностей и у 30% – анкилозы. О неблагоприятном течении заболевания свидетельствует увеличение смертности по сравнению с популяционной у мужчин на 59% и у женщин – на 65% [3]. Это объяс-

няет актуальность данного вопроса, необходимость постановки правильного диагноза и своевременного назначения лечения. Представляет сложность дифференциальная диагностика псориатического артрита и ревматоидного артрита при отсутствии кожных проявлений псориаза. Но и при их наличии диагноз может быть установлен неверно.

В качестве иллюстрации представляем материалы истории болезни пациентки Д. 39 лет, проживающей в Смоленской области. Больная поступила в ревматологический центр 30.11.2009 года с жалобами на боли в левых плечевом и локтевом суставах, в суставах стоп и кистей (голеностопные, плюсне-фаланговые, межфаланговые суставы стопы, лучезапястные, пястно-фаланговые и межфаланговые суставы кисти) с обеих сторон. Пациентка отмечала утреннюю скованность, длящуюся от 1,5 до 3 часов, патологическую подвижность в области дистальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей, общую слабость.

Из анамнеза: Считает себя больной с 23 лет, когда впервые одновременно появились псориазные бляшки на коже волосистой части головы и в области локтевых суставов, и появились боли во всех суставах 2-го и 3-го пальцев правой кисти. Со слов больной, появилась «сосискообразная» деформация пальцев, они были гиперемизированы с цианотичным оттенком. Впоследствии (в течение года) появились боли и припухлость голеностопных суставов, затем коленных и суставов левой кисти. Больной был установлен диагноз ревматоидный артрит и псориаз. Пациентке был назначен индометацин, который она принимала постоянно. Базисная терапия ревматоидного артрита назначена не была. Больная отмечает обострения с усилением болей, вовлечением новых суставов и появлением субфебрильной температуры около двух раз в год. Несколько лет назад стала замечать патологическую подвижность в области дистальных межфаланговых суставов мизинцев кистей. Последние пять лет получает нимесулид, физиотерапию. Имеет III группу инвалидности по ревматоидному артриту.

Псориазные бляшки присутствуют всегда на волосистой части головы и в области локтевых суставов. Настоящее ухудшение – в течение 1–2 месяцев.

Наследственность в отношении ревматологических заболеваний и псориаза неотягощена. Не курит, алкоголь не употребляет. Из перенесенных заболеваний – ОРЗ. В последние годы отмечает повышение артериального давления до 150–160/90 мм рт. ст. Постоянно принимает диуретик (5 мг). Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Месячные с 15 лет, одна беременность, закончившаяся своевременными родами здорового ребенка.

При осмотре: Рост – 158 см, масса тела – 80 кг. ИМТ – 32. АД – 150/90 мм рт. ст. на обеих руках. На волосистой части кожи головы и в области локтевых суставов присутствуют псориазные бляшки. Левые локтевой и плечевой суставы увеличены в объеме, выявляется болезненность при активных и пассивных движениях в них. Наблюдается «сосискообразная» деформация и гиперемия 2-го, 3-го пальцев левой кисти. Все суставы стоп и кистей увеличены в объеме. Патологическая подвижность в области дистальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей.

Лабораторные показатели:

ОАК 1.12.2009. – Эр. – $4,53 \cdot 10^{12}/л$; Нб – 123 г/л; Ц.п. – 0,83; лейкоц. – $8,8 \cdot 10^9/л$ (сегм. – 71%, лимф. – 28%, мон. – 1%); тр. – $341 \cdot 10^9/л$; СОЭ – 35 мм/ч.

ОАМ 1.12.2009 – без особенностей.

БАК 1.12.2009 – без особенностей.

1.2012 – СРБ – 36 мг, РФ – отр., АСЛО – отр.

ЭКГ 30.11.2009.

Синусовый ритм с ЧСС 74 в 1 минуту. Электрическая ось отклонена влево, гипертрофия миокарда левого желудочка с изменениями в миокарде.

УЗИ локтевых суставов 3.12.2009.

Левый: суставные поверхности нечеткие, неровные с множественными мелкими эрозиями по краю суставной поверхности плечевой кости. Гиалиновый хрящ неравномерно истончен, синовиальная оболочка не утолщена. В синовиальных сумках жидкостное содержимое не выявлено.

Правый: суставные поверхности нечеткие, неровные. Гиалиновый хрящ неравномерно истончен. Синовиальная оболочка не утолщена. Сухожилия сгибателей утолщены. В синовиальных сумках жидкости не выявлено. Отмечается отек мягких тканей.

Рентгенография голеностопных суставов 4.12.2009.

Выражены признаки артроза голеностопных суставов, определяются признаки артроза таранно-ладьевидных суставов (краевые разрастания, сужение суставной щели, субхондральный склероз). Признаки подошвенных «шпор», больше слева. Обызвестлены ахилловы сухожилия.

Рентгенография кистей 28.11.2009.

Суставные щели проксимальных межфаланговых суставов 2, 3, 4-го пальцев сужены. Суставная щель дистальных межфаланговых суставов левой кисти и 2-го и 5-го суставов правой кисти не прослеживается. Головки 2-го и 3-го пястных костей изъедены, уменьшены в размерах, с наличием краевых узур и кистовидных просветлений. В меньшей степени подобные изменения прослеживаются в головке 5-й пястной кости справа. Отсутствуют головки 1-й пястной кости справа и головки проксимальных фаланг пяти пальцев (остеолиз). При этом основания средних фаланг также лизированы. Вывих 1-го пальца правой кисти. Кости запястья слева не дифференцируются по отдельности, деформированы, деформированы также дистальные эпифизы лучевых и локтевых костей, суставная щель лучезапястного сустава резко сужена. В костях запястья справа – краевые узур, кистовидные просветления. Суставная щель лучезапястного сустава также сужена. Лизированы шиловидные отростки локтевых костей.

Рентгенография стоп 7.12.2009.

Определяется остеолиз головок проксимальных фаланг 1–5-го пальцев правой стопы и 1, 4, 5-го пальцев левой стопы. Почти полностью лизированы средние фаланги. Краевые узур в головках 4, 5-го плюсневых костей левой стопы. Медиальные контуры первых клиновидных костей неровные. Диафиз 2-й плюсневой кости справа утолщен, деформирован (консолидированный перелом).

Рентгенография костей таза 2.12.2009.

Определяются нерезко выраженные признаки остеоартроза тазобедренных суставов, крестцово-подвздошного сочленения слева. Крестцово-подвздошные сочленения прослеживаются с обеих сторон.

Консультация дерматолога: Псориаз вульгарный бляшечный с экссудативным компонентом, распространенный. Зимний вариант. Стационарная стадия. Точечная ониходистрофия.

В ревматологическом центре был установлен диагноз.

Основной: псориатический артрит, полиартритический вариант, тяжелое течение, активность II ст., функциональная недостаточность II–III ст.

Фоновый: Псориаз вульгарный бляшечный с экссудативным компонентом, распространенный. Зимний вариант. Стационарная стадия. Точечная ониходистрофия.

Сопутствующий: Артериальная гипертензия I ст., риск 2. Ожирение I ст.

Была назначена базисная терапия метотрексатом (начальная доза – 7,5 мг с последующим увеличением до 15 мг в неделю) и симптоматически нестероидные противовоспалительные препараты.

Описывая данный клинический случай, мы хотели обратить внимание врачей различных специальностей (терапевтов, ревматологов, дерматовенерологов) на необходимость тщательного рассмотрения каждого случая индивидуально, с учетом совмещения всех данных о пациенте и его заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каневская М.З., Немчинов Е.Н., Бокарев И.Н. Суставной синдром: дифференциальный диагноз и противоревматическая терапия. – М.: Практическая медицина, 2008. – 236 с.
 2. Veale D.J., Ritchlin G., FitzGerald O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 26-29.
 3. Gladman D.D. Psoriatic arthritis. In Oxford textbook of rheumatology. Eds. Maddison P.J., Isenberg D.A., Woo P. – New-York: Oxford University Press., 1998. – 1071-1084.
-