

2. Желобов В.Г. Некоторые параметры атерогенеза у больных с анемиями / В.Г. Желобов, А.В. Туев, Л.А. Некрутенко // Архив внутренней медицины – 2014 – №6 – С. 66-69.

3. Ральникова Н.А. Особенности показателей липидного обмена у женщин репродуктивного возраста с железодефицитной анемией / Н.А. Ральникова, О.Ф. Калев // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний – 2017. – №14 – С. 29-35.

4. Смирнова М.П. Взаимосвязь уровня гемоглобина, креатинина, мочевины, показателей липидного спектра и параметров эхо-кардиоскопии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / М.П. Смирнова, П.А. Чижов, Е.Я. Новикова и др. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – №6 – С. 127-129.

5. Федеральные клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность». // М.: – 2016. – 95 с.

6. Фесенко Э.В. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии / Э.В. Фесенко, Я.С. Коновалов, Д.В. Аксенов, К.В. Перельгин // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – №10. – С. 190-191.

УДК 616.72-002.77 -053.86

**Мирзозаде И.А., Колесник А.А. Фоминых М.И.
БОЛЕЗнь СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра факультетской терапии и гериатрии
Уральский Государственный Медицинский Университет
г. Екатеринбург, Российская федерация

**Mirzozade I.A., Kolesnik A.A., Fominykh M. I.
STILL'S DISEASE ADULTS: A CLINICAL CASE**

Chair of Internal Therapy and Geriatrics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: miriqrar16@gmail.com

Аннотация. Болезнь Стилла (по МКБ 10 – M08) является одной из форм ювенильного артрита, чаще всего встречающегося у детей до 16-ти лет. Болезнь Стилла взрослых (БСВ) - заболевание, характеризующееся серонегативным хроническим полиартритом в сочетании с системным воспалительным процессом. Болезнь проявляется чаще у женщин, чем мужчин в любом возрасте.

Annotation. Still's disease (according to ICD 10 - M08) is a form of juvenile arthritis, most common in children under 16 years of age. Adult Still's disease is a disease characterized by seronegative chronic polyarthritis in combination with a

systemic inflammatory process. The disease is more common in women than men at any age.

Ключевые слова: Болезнь Стилла взрослых (БСВ); орфанные болезни; лихорадка; клиника; клинический случай.

Key words: Still's disease of adults; orphan diseases; fever; clinic; clinical case.

Введение

Болезнь Стилла взрослых является достаточно редкой среди форм ревматоидного артрита (РА) [1,2]. Описана была впервые патологом Джорджем Стиллом в 1897 г., от кого и берет свое наименование. Признаки данной болезни так же были описаны у взрослых в 1971 г. Эриком Байуотерсом - БСВ(по МКБ 10 – M06.1). Это заболевание относится к числу орфанных. По данным европейских ретроспективных исследований, ежегодная частота новых случаев составляет 0,1-0,4 на 100 тыс. населения[2]. На данный момент в научном и медицинском сообществе не принята ни одна из гипотез возникновения заболевания. Инфекционная гипотеза утверждает, что болезнь Стилла возникает при микробной инвазии в организм. Существует гипотеза, по которой ключевую роль в возникновении патологии играют иммунные комплексы. Некоторые люди связывают болезнь со стрессовым фактором. Проявляется болезнь резким повышением температуры тела до фебрильных значений, поражениями суставов и артралгиями, кожной сыпью и нейтрофильным лейкоцитозом как правило при отсутствии ревматоидного фактора и антицитрулинового пептида в сыворотке крови и синовиальной жидкости. Данное заболевание диагностируется по большим и малым критериям (по автору Yamaguchi M.):

Большие

1. Лихорадка ≥ 39 °С, повышающаяся до максимальных значений в вечернее время и продолжительностью не менее одной недели;
2. Артралгия длительностью 2 недели и более. Артралгии являются универсальными симптомами данной болезни, и повышаются вместе с повышением температуры;
3. Типичная сыпь. Макулопапулезная или макулярная сыпь розового цвета. Расположение на туловище и конечностях
4. Лейкоцитоз ($>10,0 \cdot 10^9/\text{л}$) и >80 % гранулоцитов)

Малые

1. Боли в горле.
2. Лимфаденопатия и/или спленомегалия.
3. Печеночная дисфункция.
4. Негативные ревматоидный и антинуклеарный факторы.

Для диагностики болезни Стилла у взрослых необходимо наличие пяти и более пунктов, три из которых являются большими критериями. В связи с полисистемными проявлениями заболевания и отсутствием специфических

диагностических тестов диагноз болезни Стилла является диагнозом исключения[1,3,4].

Цель исследования – демонстрация клинического случая и обозначение значимости своевременной диагностики болезни Стилла у взрослых в практике.

Материалы и методы исследования

Выполнено описание клинического случая БСВ, который на начальном этапе диагностики вызвал затруднение в постановки диагноза у врачей амбулаторной службы, приемного покоя и отделения неотложной помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка М. 1975 года рождения, работник магазина. Поступила в отделение неотложной помощи МБУ ЦГБ №7 03.09.2019 с диагнозом лихорадка неясного генеза.

Жалобы при поступлении: боль в плюсне-фаланговых суставах кистей, локтевых, плечевых, коленных суставах, боль в горле, повышение температуры тела до 39°C, отмечает усиление боли в суставах и мышцах верхних и нижних конечностей при подъеме температуры, общая слабость.

Anamnesismorbi.

Считает себя больной с 20.08.2019 г., когда появились боль в горле, болезненные ощущения в мышцах, скованность движений и повышение температуры до 39°C. Лечилась самостоятельно, расценив это как простуда и связывая заболевание с повышенными физическими нагрузками на работе, принимала парацетамол до 3 таблеток в сутки первые два дня, далее ибупрофен 200 мг до 4 раз в день. К фельдшеру по месту жительства обратилась через 5 дней от начала симптомов, т.к. сохранялись и стали нарастать болезненные ощущения в мышцах, появилась боль в лучезапястных, локтевых суставах, скованность движений, особенно в вечернее время, длительная лихорадка. 25.05.2019 направлена в приёмное отделение МБУ ЦГБ №7 для уточнения диагноза. При осмотре пациентки врач приемного отделения не выявил показателей для неотложной госпитализации, расценив лихорадку и боль в горле как проявление хронического тонзиллита, при пальпации боли в суставах и мышцах не было. Пациентки был рекомендован прием амоксициллина 500 мг 3 раза в день 10 дней, явка к участковому терапевту. На фоне лечения пациентка не отмечала улучшения, лихорадка сохранялась в вечернее время. 03.09.19 вновь направлена на госпитализацию, поступила в терапевтическое отделение МБУ ЦГБ №7 г. Екатеринбурга для уточнения диагноза.

Anamnesisvitalis.

Росла и развивалась соответственно возрасту, вакцинация по графику, туберкулез, вирусные гепатиты В, С и венерические заболевания отрицает. Операций и травм не было. Наследственность не отягощена. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, месячные регулярные, аборт не было, беременностей и родов – 2.

Сопутствующие заболевания-хронический тонзиллит в детстве
Проживает с семьей в благоустроенной квартире.

Аллергологический анамнез спокоен

Гемотрансфузий не было.

Statuspraesens (при поступлении): Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 160 см, вес 76 кг, ИМТ = 29,9 кг/м². Температура 39,1°C. Кожные покровы бледные с очагами гиперпигментации в области верхних и нижних конечностей. Паховые лимфоузлы увеличены, безболезненны, кожа в этой области не изменена. Наблюдается припухлость кистей рук. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме. Сила мышц не снижена, акт сжатия кисти в кулак полный. Боли в мышцах верхних и нижних конечностей при пальпации нет. Дыхание свободное через нос. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочной звук на всей поверхностью легких. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Аускультативно тоны сердца слегка приглушены, патологических шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 65 в мин, совпадает с пульсом. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная, Перкуторно по Курлову (0)9*7*6 см. Стул оформленный, 1 раз в 1-2 дня, регулярный. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Проводилось обследование: исключение инфекций, онкопоиск.

Лабораторные и инструментальные данные

04.09.19. ОАК: WBC - $13,91 \times 10^9$ /л, RBC - $3,53 \times 10^{12}$ /л, Hb - 107 г/л, MCV - 87,9 фл, MCH - 30,3 пг, PLT - 693×10^9 /л, СОЭ - 60 мм/час, микрореакция на сифилис отрицательная. Лейкоцитарная формула: нейтрофилы: юные-1% палочкоядерные-1%, сегментоядерные-75%, лимфоциты-10%, моноциты-9%, эозинофилы-2%, базофилы-1%.

ОАМ: удельный вес - 1010 г/л, рН - 6,5, белок - нет, лейкоциты - нет, глюкоза - нет, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,6 г/л, альбумин - 35,2 г/л, билирубин - 7,1 мкмоль/л, глюкоза натощак - 5,31 ммоль/л, мочевины - 3,25 ммоль/л, креатинин - 78,0 - мкмоль/л, общий холестерин - 5,07 ммоль/л, АЛТ - 52,2 Ед/л, АСТ - 59,3 Ед/л, КФК - 35,0 Ед/л, ЛДГ - 393 Ед/л, железо сыворотки - 15,0 мкмоль/л, ферритин - 339,6 мкг/л, СРБ - 146,8 г/л.

Электролиты: Na - 136 ммоль/л, K - 4,29 ммоль/л, Cl - 104,6 ммоль/л;

Коагулограмма: ПТИ - 83,30%, фибриноген - 6,97 г/л, АПТВ - 37,2 сек;

Посев крови - роста нет; посев мочи - роста нет;

Иммунный блот (ANA) - отрицательный, антинуклеарный фактор - отрицательный; АЦЦП - 10,00 МЕ/мл, РФ - отрицательный.

ЭКГ: ритм синусовый, 63 в минуту. Электрическая ось отклонена влево.

Эхо-КГ: фракция выброса - 67%, СДЛА - 21 мм.рт.ст. склеротические изменения корня аорты, фиброз створок аортального клапана, символическая функция левого желудка не снижена, размеры камер не увеличены.

05.09.19 проведена КТ органов брюшной полости и грудной клетки: свежих и инфильтративных изменений в лёгких не выявлено; аденопатия наружных подвздошных и паховых лимфоузлов.

С 03.09.2019 по 10.09.2019 проводилось лечение омепразол 20 мг *2 раза в сутки peros, диклофенак 75 мг в/м в сутки, аспаркам 1 таблетка 3 раза в сутки peros, левофлоксацин 1гр в/в капельно №10 1 раз в день. Без эффекта. Суставной синдром и повышение температуры сохранялись к вечеру.

11.09.2019 к лечению добавлен преднизолон 90мг в/в капельно № 5, преднизолон 40 мг в сутки peros с последующим снижением дозы. Получен положительный эффект.

21.09.2019 контроль лабораторных данных: ОАК: WBC – $12,64 \times 10^9$ /л, RBC – $4,12 \times 10^{12}$ /л, Hb – 112 г/л, MCV – 86,7 фл, MCH – 27,2 пг, PLT – 373×10^9 /л, СОЭ 32 мм/ч. ОАМ: удельный вес – 1010 г/л, рН – 6,5, белок – нет, лейкоциты – нет, глюкоза – нет, эритроциты – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 70,8 г/л, билирубин – 10,6 мкмоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 77 мкмоль/л, общий холестерин – 5,6 ммоль/л, АЛТ – 15 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, СРБ – 8,06 г/л, РФ – отрицательный.

Для уточнения диагноза 23.09.2019 была осмотрена ревматологом ГКБ №7, на основании жалоб, анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных данных был поставлен диагноз – болезнь Стилла взрослых.

Согласно классификационным критериям у пациентки 3 больших (лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$, повышающаяся до максимальных значений в вечернее время и продолжительностью не менее одной недели; артралгия длительностью 2 недели; лейкоцитоз ($>10,0 * 10^9$ /л) и $>80\%$ гранулоцитов) и 3 малых (боль в горле, лимфаденопатия, негативные ревматоидный и антинуклеарный факторы).

Рекомендации при выписке: наблюдение у ревматолога по месту жительства; регулярный приём лекарственных средств: преднизолон 10мг утром после еды – 2 недели, далее уменьшать по $\frac{1}{4}$ таблетке 1 раз в 10 дней до полной отмены; омепразол 20 мг в сутки за 30 минут до еды; метотрексат 15мг 1 раз в неделю, фолиевая кислота 5 мг 1 раз в неделю через 24 часа после приёма метотрексата с последующей коррекцией дозы при необходимости; холекальциферол 2000МЕ ежедневно.

Выводы

Болезнь Стилла взрослых является редким, но потенциально инвалидизирующим заболеванием, которое требует своевременной диагностики. Продемонстрированный клинический случай подтверждает, что, несмотря на невысокую частоту встречаемости, БСВ не должна выпадать из дифференциально-диагностического поиска врача.

Список литературы:

1. Имамединова Р.Г. Болезнь Стилла взрослых: клинические случаи/ Г.Р. Имамединова, Н.В. Чичасва//Современная ревматология. -2014- №4-С.39-43
2. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология [Электронный ресурс]/.Е. Л. Насонов. — М.: ГЭОТАР-Медия, 2017. — 464 с

3. Ревматические заболевания в практике врача. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 672 с.

4. Ревматические болезни. В 3т. Т II. Заболевания костей и суставов: [руководство] /под ред. Джона Х. Клиппела. Джона Х. Стоуна. Лесли Дж. Кроффорд. Пейшенс Х. Уайт: пер. с англ. под ред. Е.Л. Насонова. В.А. Насоновой. Ю.А. Олюкина. – М: ГЭОТАР-Медиа. 2012. – 520 с. :ил.

5. Theodoropoulou K.Georgin-Lavialle S. Systemic juvenile onset idiopathic arthritis and adult onset still disease. // Rev Med Suisse.2018;14(594):372-377.

УДК616.8-009.7

Морозова А.А., Теплякова О.В.
СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С
ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Кафедра внутренних болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Morozova A.A., Teplyakova O.V.
SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WITH FIBROMIALGY

Department of Internal Medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ann.morozova2016@yandex.ru

Аннотация. В исследовании приняли участие 52 женщины, страдающие фибромиалгией. В опрос был включен сбор анамнеза, включая сведения о семейном статусе, профессиональной занятости, наличия спортивных нагрузок, проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), включая оценку боли в покое и при движениях. Все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии (HADS). Для оценки сексуальной функции использовался опросник «Индекс сексуальной функции женщины (FSFI)». При сравнении основных клинических параметров оказалось, что уровень тревоги и депрессии у пациентов с ФМ был почти в два раза выше, чем в группе контроля. При оценке сексуальной функции по FSFI, было выявлено снижение влечения, возбуждения, уменьшением ощущения оргазма и усилением боли при половом акте у пациенток с ФМ. Среди