

В группе пациентов с одной сопутствующей патологией, представляет интерес достоверное отсутствие влияния на итоги опроса характера этого заболевания. Таким образом, любая нозология, сочетающаяся с узловым зобом, негативно влияет на каждый из показателей КЖ, а полиморбидность, в свою очередь, оказывает дополнительное отрицательное воздействие на субъективную оценку пациентом своего состояния ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Качество медицинской помощи пациентам с узловым зобом, улучшилось после введения порядков и стандартов ее оказания.
2. Ведение больных узловым зобом требует более тщательного подхода к динамическому контролю.
3. У пациентов с узловым зобом умеренно снижены такие субъективные показатели, как качество жизни, уровень энергии и удовлетворенность состоянием здоровья.
4. На оценку пациентом своего качества жизни максимальное влияние оказывает количество сопутствующих заболеваний, независимо от возраста респондента.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению (много)узлового зоба у взрослых (2015 год) // Эндокринная хирургия. - 2016. - Т. 10(№1). – С.5-12.
2. American association of clinical endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules // Endocr. Pract. - 2015. - 60 с.
3. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [эл.ресурс] // Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
4. Исмаилов С. И., Камилджанова Б. Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу узлового и многоузлового зоба // Молодой ученый. — 2015. — №19. — С. 270-274. — URL <https://moluch.ru/archive/99/21963/>
5. Sorensen J.R. The impact of surgery on quality of life, esophageal motility, and tracheal anatomy and airflow in patients with benign nodular goiter// Dan Med J. 2018. - 65(4).

УДК 616.74-002.1.-031.13

**Хасанова Д.Г., Попов А.А., Акимова А.В., Миронов В.А.,
Габидуллин Т.И.**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕРМАТОМИОЗИТА

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Khasanova D.G., Popov A.A., Akimova A.V., Mironov V.A.

CLINICAL CASE OF DERMATOMYOSITIS

Hospital Therapy and Emergency Medicine Department

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: DianaGilzatulovna@yandex.ru

Аннотация. В статье описан клинический случай дебюта дерматомиозита у пациента мужского пола, трудности дифференциальной диагностики.

Abstract. The article describes a clinical case of dermatomyositis, differential diagnosis issues.

Ключевые слова: дерматомиозит, дифференциальная диагностика, миопатии.

Key words: dermatomyositis, differential diagnosis, myopathies.

Введение

Идиопатические воспалительные миопатии — группа хронических заболеваний неизвестной этиологии, основным проявлением которых является симметричная мышечная слабость проксимальных отделов конечностей, связанная с воспалением поперечно-полосатой мускулатуры. При вовлечении кожи в системный процесс используется термин «дерматомиозит», в остальных случаях используется термин «полимиозит».

Полиморфность клинических проявлений в дебюте заболевания обуславливает значительные трудности диагностики; также в связи с разнообразием симптомов пациенты могут обратиться к врачам любых специальностей. Все вышеперечисленное обосновывает актуальность изучения и рассмотрения клинических случаев по данной патологии.

Цель исследования — демонстрация клинического случая дерматомиозита.

Материалы и методы исследования

Были проведен опрос, сбор анамнеза и осмотр пациента А., проанализированы данные истории болезни, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент А., 40 лет, работник физического труда, спортсмен, 7.10.2019 года поступил в инфекционное отделение с жалобами на головную боль, ломоту в суставах, заложенность носа, першение в горле, лихорадку до 39°C, боли в грудной клетке при глубоком дыхании.

Считал себя больным в течение недели, заболел остро с подъемом температуры тела, явлениями насморка и высыпаниями на лице, беспокоила

одышка при физической нагрузке. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно противовирусными препаратами, принимал таблетки азитромицина 500 мг №3. Положительной динамики не наблюдал, нарастала мышечная слабость и боли в мышцах плечевого и тазового пояса, описываемые пациентом «как будто молочной кислотой затекли», вследствие чего обратился за медицинской помощью.

Осмотр при поступлении: кожные покровы бледные, акроцианоз, в области носогубного треугольника явления экзантемы с образованием геморрагических корочек. В области ягодиц множественные герпетические везикулы, скарификации. Частота дыхательных движений 18 в минуту, признаков дыхательной недостаточности не было. Артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Обнаружены антитела к вирусам простого герпеса 1 и 2 типов. Пациент был осмотрен дерматологом: диагноз – герпесвирусная инфекция, стадия регресса; кардиологом: диагноз – ситуационная артериальная гипертензия; неврологом – данных за неврологическую патологию не выявлено. Было назначено лечение антибактериальным препаратом (цефотаксим внутримышечно), полоскание ротовой полости фурацилином, хлоропирамин внутривенно, дексаметазон 8 мг в сутки внутривенно.

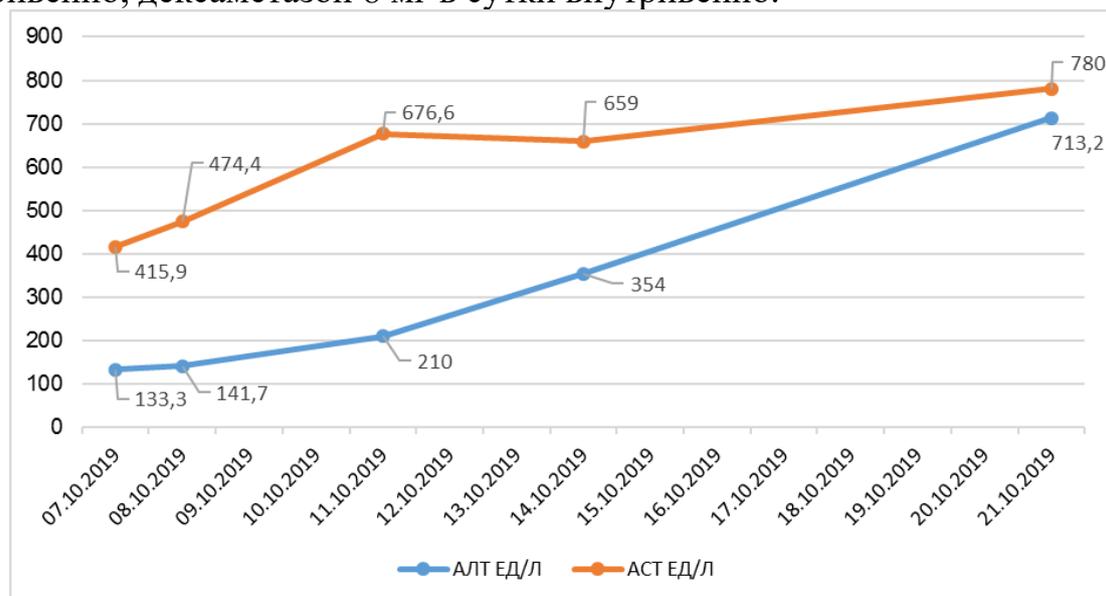


Рис.1. Динамика АЛТ и АСТ

На фоне антибактериальной терапии наблюдалась отрицательная динамика: через неделю от поступления состояние средней тяжести, нарастание мышечной слабости и миалгий, площадь эритематозных высыпаний увеличилась, элементы заполнены серозно-геморрагическим содержимым, резко отечные веки и ушные раковины. Дерматологом диагностирована токсическая эритема, назначены внутримышечные (!!!) инъекции глюконата кальция, инфузии физиологического раствора, левоцитиризин в дозе 5 мг перорально. Назначенная терапия сопровождалась увеличением уровней АЛТ и АСТ до 713,2

ед/л и 780 ед/л соответственно (21.10.19). Лабораторные маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательны.

Состояние пациента ухудшалось: активные движения в проксимальных группах мышц значительно уменьшились: пациент не мог без помощи рук встать с кровати, со стула, поднять ногу, не мог поднять руки через стороны вверх. Отмечалась выраженная осиплость голоса вплоть до дисфонии, затрудненная речь, дисфагия. Осмотр невролога от 28.10.19 – полиневритический синдром? миастенический синдром? Назначены прозерин, комплигам и физиолечение.

Заключение ЭНМГ: определяется сенсорная аксональная невропатия правого большеберцового нерва; сенсорная демиелинизирующая невропатия правого глубокого малоберцового нерва, моторная аксональная невропатия и сенсорная демиелинизирующая невропатия левого глубокого малоберцового нерва; сенсорная аксональная невропатия правого поверхностного малоберцового нерва; моторная аксональная невропатия и сенсорная демиелинизирующая невропатия левого поверхностного малоберцового нерва. С учетом показателей Н-рефлекса не исключается поражение задних S1 корешков.

29.10.19. Биопсия печени: Морфологические изменения более соответствуют острому вирусному гепатиту (преобладают дистрофические изменения в гепатоцитах, имеются участки цитолиза). Липофузинозгепатоцитов. Специфические морфологические маркеры для определения этиологии гепатита при использовании светового метода отсутствуют.

Результаты лабораторных обследований от 29.10.19: АСТ- 466 ед/л, АЛТ – 308 ед/л, ГГТП – 109 ед/л, ЛДГ – 1439 ед/л, креатинкиназа МВ 157,4 ед/л, креатинкиназа 6480 ед/л.

По результатам анализа клинической картины и лабораторных данных 31.10.19: были выявлены классификационные критерии дерматомиозита с поражением проксимальных групп мышц конечностей, миокарда, дистрофически-воспалительном поражении печени. Проведена пульс-терапия 1000 мг метилпреднизолона с переходом на пероральный прием преднизолона в дозе 80 мг/сут. В процессе лечения отмечалась положительная лабораторная динамика, однако клинически мышечная слабость сохранялась: была ограничена сила в проксимальных группах мышц конечностей, снижен тонус анального сфинктера, отмечалась дисфония и дисфагия. Кожные проявления в области лица и шеи на фоне терапии преднизолоном регрессировали, в области ягодиц и бедер – значительно уменьшились. Однако, появилось побочное действие высоких доз ГКС в виде «кушингоидного» внешнего вида, артериальной гипертензии, гипергликемии, что обусловило переход к постепенному снижению дозы ГКС и циклофосамида.

Диагностические критерии для установления диагноза дерматомиозита, предложенные A.Bohan и J.B.Pater, являются основополагающими в практике врача. У пациента имеется симметричная проксимальная слабость мышц

плечевого и тазового пояса, нарастающая в течение от нескольких недель до нескольких месяцев, имеются характерные кожные изменения для дерматомиозита, выявлены первично-мышечные изменения по ЭМГ, повышены уровни КФК, КФК-МВ, АСТ, АЛТ, ЛДГ. Приведенных критериев достаточно для достоверного установления диагноза, также в соответствии с клиническими рекомендациями пациенту необходимо провести биопсию кожно-мышечного лоскута.

В лабораторных данных повышена фракция КФК-МВ, но ее доля в повышении общей КФК невелика, что свидетельствует о поражении как скелетной мускулатуры так и миокарда. На фоне начатого лечения наблюдается постепенное снижение уровней печеночных трансаминаз и КФК.

Выводы

Дерматомиозит является непростым для диагностики и лечения заболеванием. Промедление в подборе адекватной терапии может привести к тяжелой инвалидизации и летальному исходу ввиду утраты жизненно-важных функций (даже вовремя начатая терапия ГКС не гарантирует благоприятного исхода). Поэтому своевременная диагностика дерматомиозита, несмотря на трудности ввиду полиморфизма клинических проявлений, является актуальной и особенно необходимой для снижения частоты различных осложнений.

Данный клинический случай свидетельствует о необходимости осведомленности врачей различных специальностей (дерматологов, неврологов, гастроэнтерологов, инфекционистов, кардиологов и др.) о клинике и диагностике дерматомиозита. При подозрении на дерматомиозит пациенту целесообразно назначить электромиографию, определить уровень КФК, антинуклеарного фактора, провести обследование согласно международным диагностическим критериям и своевременно направить на консультацию ревматолога.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации ревматологов по диагностике и лечению идиопатических воспалительных миопатий (2013 год).
2. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 514 с.
3. Ревматология: Национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
4. Антелава О.А. Полимиозит/дерматомиозит: дифференциальная диагностика. Научно-практическая ревматология. 2016; 2: 191-198.
5. Дерматомиозит: клинический случай и обзор литературы / Е. В. Орлова [и др.] // РМЖ. – 2017. – № 11. – С. 850–852.

УДК 929

**Царегородцева А.А., Андреев А.Н.
ЖИЗНЬ, ПОСВЯЩЕННАЯ ИНТЕГРАЦИИ НАУКИ, ПРАКТИКИ И**