

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/](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.

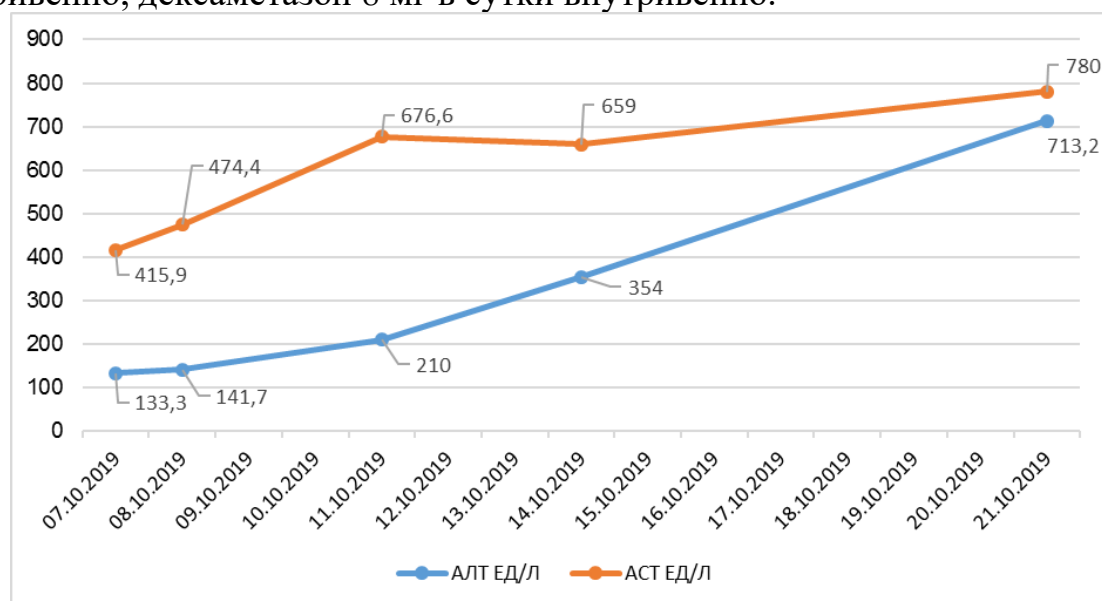


Рис.1. Динамика АЛТ и АСТ

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.V.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**