

мужчин. Так, превышение значений амплитуды RaVL 4,5 мм и корнельского вольтажного индекса 15,5 мм позволяют с чувствительностью 71—74% и специфичностью 56—57% прогнозировать наличие гипертрофии левого желудочка у мужчин.

Таким образом, необходимо продолжить поиск оптимальных по соотношению чувствительность/специфичность ЭКГ-критериев ГЛЖ и по возможности широко использовать эхокардиографию с целью раннего выявления ГЛЖ.

ВЫВОДЫ

1. Электрокардиографические критерии ГЛЖ у больных АГ обладают низкой чувствительностью (20%) при высокой специфичности (94%). Таким образом, рекомендованные ЭКГ-критерии позволяют выявить ГЛЖ только у одного из пяти больных АГ.

2. ЭКГ-индекс Соколова-Лайона нежелательно использовать как единственный критерий ГЛЖ.

3. Для раннего выявления гипертрофии миокарда левого желудочка у больных АГ необходимо проведение эхокардиографии с расчетом общепринятых индексов массы миокарда ЛЖ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024 / Ж.Д. Кобалава, А.О. Конради, С.В. Недогода [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 9. – С. 230-329.
2. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO) / J.W. McEvoy, C.P. McCarthy, R.M. Bruno [et al.] // European Heart Journal. – 2024. – Vol.45, № 38. – P. 3912–4018.
3. Sokolow, M. The ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limb leads / M. Sokolow, T.P. Lyon // Am. Heart J. — 1949. — Vol. 37, № 2. — P. 161-186.
4. Vanezis, A.P. Validity of electrocardiographic classification of left ventricular hypertrophy across adult ethnic groups with echocardiography as a standard / A.P.Vanezis, R.Bhopal // J. Electrocardiol. – 2008. – Vol. 41, №5. – P. 404-412.
5. Яковенко, Е.И. ЭКГ-диагностика гипертрофии левого желудочка / Е.И. Яковенко // Российский кардиологический журнал. – 2009. – Т. 79, № 5. – С. 79-83.
6. Diagnostic Accuracy of the Electrocardiography Criteria for Left Ventricular Hypertrophy (Cornell Voltage Criteria, Sokolow-Lyon Index, Romhilt-Estes, and Peguero-Lo Presti Criteria) Compared to Transthoracic Echocardiography / N. Bayram, H. Akoğlu, E. Sanri [et al.] // Cureus. – 2021. – Vol. 13, №3. – e13883.
7. Совершенствование диагностического поиска по оценке гипертрофии левого желудочка у мужчин при скрининговых исследованиях / А.С. Байдина, А.Е. Носов, О.Ю. Горбушина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2022. – Т.25, №5. – С. 67–72.

Сведения об авторах

Л.Ф. Накува* – студент

Е.И. Андреева - преподаватель

П.В. Андреев - кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

L.F. Nakuva* – student

E.I. Andreeva - Lecturer

P.V. Andreev - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

lubanakuvs@gmail.com

УДК: 616.5-004.1

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА У МУЛЬТИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ

Невская Арина Антоновна^{1,2}, Попов Артем Анатольевич¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «ЦГКБ №3 г. Екатеринбург»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Системная склеродермия (ССД) или прогрессирующий системный склероз – системное аутоиммунное заболевание с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (таких как легкие, сердце,

пищеварительный тракт, почки) и распространенными вазоспастическими нарушениями (синдром Рейно), в основе которых лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и повреждение сосудов по типу облитерирующего эндартериолита. Несмотря на достижения последних лет, успешное лечение ССД и предотвращение развития тяжелых угрожающих жизни осложнений возможно только при максимально раннем начале болезни-модифицирующей терапии, однако постепенное начало и неспецифичность симптомов и постепенное присоединение по ходу прогрессирования заболевания усложняют диагностику и первичное выявление ССД. **Цель исследования** – рассмотреть на примере клинического случая причины поздней диагностики ССД в реальной практике врача. **Материал и методы.** Проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр терапевтом, ревматологом, изучена доступная медицинская документация, проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов. Получено информированное согласие пациента на обезличенное использование медицинской информации для научных и образовательных целей. Форма информированного согласия одобрена Этическим комитетом УГМУ. **Результаты.** Описан случай ССД у женщины 49 лет, которая в течение более 5 лет не обращалась к врачу, несмотря на появление симптомов со стороны различных органов и систем, а после верификации диагноза не выполняла рекомендации по лечению. При данном заболевании пациенту необходимо соблюдать назначенное лечение, соблюдать кратность явок к лечащим врачам, проходить реабилитацию, санаторно-курортное лечение и профилактировать осложнения ССД. **Выводы.** Полиморбидность пациента может затруднить диагностику ССД, так как клиническая картина данного заболевания – это совокупность симптомов поражения многих органов и систем. Лечащему врачу необходимо тщательно собирать анамнез, сопутствующие симптомы и заболевания для установки точного диагноза. Доступные в настоящее время лабораторные и инструментальные методы обследования позволяют выявлять ССД даже на ранних этапах заболевания, а также при отсутствии совокупности типичных симптомов. **Ключевые слова:** ревматология, системный склероз, склеродерма, классификационные критерии.

ANALYSIS OF THE CAUSES OF LATE DIAGNOSIS OF SYSTEMIC SCLEROSIS IN A MULTIMORBID PATIENT

Nevskaya Arina Antonovna^{1,2}, Popov Artem Anatolevich¹

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

²Central city clinical hospital №3

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Systemic scleroderma (SSD) or progressive systemic sclerosis – systemic autoimmune disease with lesions of the skin, musculoskeletal system, internal organs (such as lungs, heart, digestive tract, kidneys) and widespread vasospastic disorders (Raynaud's syndrome), which are based on damage to connective tissue with a predominance of fibrosis and vascular damage such as obliterating endarteriolitis. Despite the achievements of recent years, successful treatment of SJS and prevention of the development of severe life-threatening complications is possible only with the earliest possible start of disease-modifying therapy. However, the gradual onset and non-specificity of symptoms and the gradual addition as the disease progresses complicate the diagnosis and initial detection of SSD. **The aim of the study** is to consider the causes of late diagnosis of SSD in the real practice of a doctor using the example of a clinical case. **Material and methods.** Anamnesis was collected, a physical examination by a therapist, rheumatologist, available medical documentation was studied, and literary sources by domestic and foreign authors were analyzed. The patient's informed consent was obtained for the impersonal use of medical information for scientific and educational purposes. The informed consent form was approved by the UGMU Ethics Committee. **Results.** A case of SSD is described in a 49-year-old woman who had not seen a doctor for more than 5 years, despite the appearance of symptoms from various organs and systems, and after verifying the diagnosis did not follow the treatment recommendations. With this disease, the patient must follow the prescribed treatment, observe the frequency of visits to the attending physicians, undergo rehabilitation, sanatorium treatment and prevent complications of SSD. **Conclusions.** The patient's polymorbidity can make it difficult to diagnose SSD, since the clinical picture of this disease is a combination of symptoms of damage to many organs and systems. The attending physician should carefully collect anamnesis, concomitant symptoms and diseases in order to establish an accurate diagnosis. Currently available laboratory and instrumental examination methods make it possible to detect SJS even in the early stages of the disease, as well as in the absence of a set of typical symptoms. **Keywords:** rheumatology, systemic sclerosis, scleroderma, classification criteria.

ВВЕДЕНИЕ

Системная склеродермия (ССД) или прогрессирующий системный склероз – системное аутоиммунное заболевание с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (таких, как легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки) и распространенными вазоспастическими нарушениями (синдром Рейно), в основе которых лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и повреждение сосудов по типу

облитерирующего эндартериолита [1]. Несмотря на невысокую заболеваемость (3 – 20 случаев на 1 млн. населения в год) и распространенность (30 – 300 случаев на 1 млн), врач первичного звена должны своевременно выявлять ССД, так как без лечения и наблюдения заболевание приводит к инвалидизации [2, 3]. Летальность равна 1,4-5,3 случаев на 1 млн. Среди женщин ССД встречается в 5-7 раз чаще [4]. Различают пять клинических форм ССД, не при всех формах есть явные проявления ССД, симптомы могут появляться с прогрессированием заболевания – это усложняет диагностику и первичное выявление ССД [5].

Цель исследования – рассмотреть на примере клинического случая трудности и причины поздней диагностики ССД в реальной практике врача.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр терапевтом, ревматологом, изучена доступная медицинская документация, проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов. Получено информированное согласие пациента на обезличенное использование медицинской информации для научных и образовательных целей. Форма информированного согласия одобрена Этическим комитетом УГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы наблюдали случай системной склеродермии у женщины 49 лет.

Пациентка считает себя больной с 2016 г., когда в возрасте 42 лет впервые отметила похолодание, онемение, бледность кожных покровов пальцев кистей рук, данные симптомы возникали при психоэмоциональном стрессе, реже – при переохлаждении, длительной работе (например, работе за компьютером, печатании) кистями рук. Данные симптомы были расценены неврологом и нейрохирургом как проявление крупной грыжи межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника, и рекомендовано оперативное лечение, которое было проведено в 2017 г. После оперативного лечения, несмотря на длительную реабилитацию, вышеописанные симптомы сохранялись. Периодически после длительной работы руками отмечала отек пальцев рук, невозможность согнуть пальцы полностью, однако связывала это с «застоем жидкости в организме» и не сообщала об этом лечащему врачу.

Примерно с 2015 гг. отмечает частые эпизоды нарушения ритма сердца, периодическое повышение АД до 150/90 мм. рт. ст. после психоэмоциональных нагрузок. Самостоятельно принимала таблетки Ментола изовалериата под язык, капли Мята перечной листьев масло + фенобарбитал + Этилбромизовалерианат с положительным эффектом. При повышении АД ситуационно принимала Каптоприл 25 мг с положительным эффектом.

В течение многих лет отмечала боли в тазобедренных суставах с обеих сторон, а также в локтевых, плечевых суставах, суставах кистей рук, реже – в коленных. Не жаловалась по этому поводу лечащим врачам, так как считала симптомы обусловленными генетической предрасположенностью, поскольку мать пациентки страдает остеоартритом, и перенесла эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Дополнительный расспрос выявил, что отрыжка, изжога, ощущение забросов кислого содержимого желудка в полость рта, беспокоят пациентку в течение нескольких десятилетий. Кроме того, не может проглотить таблетки, часто давится твердой пищей, жидкая пища проходит нормально. Постоянно принимает омепразол для облегчения симптомов, ситуационно – антациды с положительным эффектом. Многократно пыталась пройти эндоскопическое исследование желудка и пищевода, однако, в связи с повышенным рвотным рефлексом и сопутствующей тревожностью, не удавалось завершить обследование. В настоящее время пациентка отказывается проходить фиброгастроскопию из-за страха осложнений.

Периодически пациентку беспокоят боли по всему животу, чаще вокруг пупка, не связанные с приемом пищи, вздутие, постоянные запоры. В 2017 г. была проведена фиброколоноскопия – внутренний геморрой.

Несмотря на значительное снижение качества жизни, до 2020 г. пациентка не обращалась к врачу. В 2020 г. перенесла новую коронавирусную инфекцию (НКВИ), лечилась амбулаторно, получала симптоматическое лечение, после чего отметила учащение приступов

аритмии, отметила появление одышки. Рентгенографию органов грудной полости не проходила.

В 2022 г. повторно перенесла НКВИ с двусторонней полисегментарной пневмонией. В течение 5 дней сохранялась высокая лихорадка. Несмотря на начатое лечение противовирусным препаратом фавипиравир, наблюдалось снижение сатурации крови до 94%, нарастала одышка. Была госпитализирована в круглосуточный стационар, где при проведении КТ ОГК обнаружены признаки вирусной пневмонии (матовое стекло) до 75% поражения легких. При повторном КТ через 3 мес. после лечения обнаружен фиброз базальных отделов легких, при контрольном КТ еще через 3 мес. фиброз сохранялся.

Во время лечения в стационаре выявлена железодефицитная анемия средней степени тяжести (85 г/л), тромбоцитоз (700 тыс./мкл), повышение СОЭ до 30 мм/ч, СРБ. Амбулаторно проведено лечение препаратами железа. Нормальный уровень гемоглобина восстановлен, рекомендовано принимать препарат железа еще в течение 3 месяцев, однако пациентка отказалась.

После стационарного лечения НКВИ пациентка была заинтересована в сохранении своего здоровья, посещала приемы врача, принимала назначаемую терапию, позволяла провести осмотр. Повторные неоднократные осмотры и отсутствие положительной динамики легочного фиброза в этот период позволили участковому врачу заподозрить системное заболевание [1]. При общем осмотре были выявлены телеангиоэктазии, пигментные пятна в области шеи, груди, плечевых суставов, формирование складок вокруг рта по типу кисета, отмечено появление язвочек на кончиках пальцев рук. Пациентка направлена на консультацию ревматолога, рекомендовано проведение обследования согласно клиническим рекомендациям, включающего общий и биохимический анализ крови, исследование антинуклеарных антител (АНА), антител к антигену Scl-70, центромерам, рибонуклеопротеидам эхокардиографию, спирометрию, исследование пищевода методом рентгеноскопии пищевода с контрастом, капилляроскопию ногтевого ложа.

При последующем наблюдении до текущего визита сохранялась анемия (в пределах 100-110 г/л). Пациентке было рекомендовано принимать препараты железа во время менструации, однако она не принимала препараты по собственному желанию. Тромбоцитоз сохраняется до 550 тыс./мкл, СОЭ до 25 мм/ч. Уровни АЛТ, АСТ, билирубина, глюкозы, амилазы, гамма-глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы сохранялись в пределах референсных значений. В связи с выявленной дислипидемией был рекомендован прием ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, но пациентка не пожелала начать терапию статинами, несмотря на наличие факторов сосудистого риска. Кроме того, при обследовании выявлены незначительная гипоальбуминемия, гиперпротеинемия, уровень ревматоидного фактора 40 МЕд/мл, антинуклеарный фактор ANA-HEp2 выявлен в титре 1:320, тип свечения крапчатый.

Сформулирован предварительный диагноз «Системная склеродермия без склеродермы, висцеральная форма, хроническое, медленно прогрессирующее течение, низкая активность, стадия развернутых клинических проявлений» [2]. Назначены Нифедипин 30 мг в сутки для лечения синдрома Рейно, АСК 100 мг в сутки для подавления агрегации тромбоцитов, Розувастатин 40 мг для снижения уровня холестерина и системного субклинического воспаления, метилпреднизолон 6 мг/сут для контроля боли в суставах и плотного отека кистей, омепразол 20 мг 2 раза в день для гастроэзофагопротекции и метоклопрамид по 5 мг 4 раза в сутки для ускорения перистальтики и эвакуации содержимого желудка, рекомендовано вести дневник АД и пульса [4-6].

Однократно посетила ревматолога, однако несмотря на подтверждение диагноза, пациентка не являлась на контрольные визиты явки ни к участковому терапевту, ни к ревматологу. Однократно появилась на приеме у терапевта для закрытия больничного листа по поводу ОРВИ в 2023 г. Препараты, назначенные ранее, не принимает, никаких мер по реабилитации и профилактики осложнений ССД не проводит.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном случае длительность срока до выявления ССД определялась отсутствием обращения пациентки к врачу, несмотря на сохранение и усиление жалоб. Пациенту с ССД необходимо постоянное наблюдение ревматолога, т.к. только раннее активное лечение, персонализированное согласно клиническому варианту течения заболевания [4–6]. Низкая приверженность пациентки к рекомендациям врача позволяет предполагать дальнейшее прогрессирование заболевания и неблагоприятный трудовой и жизненный прогноз [1].

Достижение выраженного клинического эффекта на фоне адекватной патогенетической терапии замедляет прогрессирование симптомов заболевания, облегчает пациенту жизнь, увеличивает качество жизни пациента [1–6].

Результаты данного клинического наблюдения соответствуют данным отечественной и зарубежной литературы. Ретроспективное рассмотрение позволяет без большого труда выделить классификационные критерии диагноза ССД [5]. Однако для своевременного диагноза необходимо обращение пациента к врачу. Не случайно ССД была заподозрена и диагностирована участковым терапевтом, когда последний получил возможность наблюдать пациентку в течение нескольких посещений врача.

ВЫВОДЫ

Полиморбидность пациента может затруднить диагностику ССД, так как клиническая картина данного заболевания – это совокупность симптомов поражения многих органов и систем. Лечащему врачу необходимо тщательно собирать анамнез, сопутствующие симптомы и заболевания для установки точного диагноза. Доступные в настоящее время лабораторные и инструментальные методы обследования позволяют выявлять ССД даже на ранних этапах заболевания, а также при отсутствии совокупности типичных симптомов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Тактика врача-ревматолога: практическое руководство / под редакцией В.И. Мазурова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022 – с.165-177.
2. Ревматология: клинические рекомендации / под редакцией Е.Л. Насонова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017 - 142-558 с.
3. Гусева Н.Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы / Н.Г. Гусева - Москва, Медицина, 1993 – 204с.
4. Ананьева Л.П. Лечение системной склеродермии с учетом национальных рекомендаций и рекомендаций Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (EULAR) / Л.П. Ананьева // Фарматека. – 2014. - №10 (283) – С. 79-86.
5. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения / под редакцией В. Н. Коваленко, Н. М. Шуба. М., - К.: ООО "Катран групп", 2002 - 214 с.
6. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: 2023 update. Annals of the Rheumatic Diseases / Del Galdo, F., Lescoat, A., Conaghan, P.G. [et al.] // 2025. - 84 (1). - P. 29-40.

Сведения об авторах

А.А. Невская* – ординатор

А.А. Попов – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.A. Nevskaya* – Postgraduate student

A.A. Popov – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

arinamakar@rambler.ru

УДК: 616.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЙКОЦИТОКЛАСТИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИБС

Панова Александра Олеговна¹, Емельянова Светлана Дмитриевна¹, Фоминых Мария Игоревна^{1,2}

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница №7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Лейкоцитокластический васкулит (ЛКВ) представляет собой васкулит сосудов мелкого и среднего диаметра, характеризующийся признаками иммунокомплексного воспаления, преимущественно затрагивающего