

Особенности диагностики узелкового полиартериита

В.И.Коломиец, Е.Б.Брежнева, Н.Б.Некрасова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», кафедра внутренней медицины с основами кардиоревматологии (заведующий — профессор В.И.Коломиец)
Луганск, Украина

В статье приведено описание случая диагностики узелкового полиартериита, который развился у больного после перенесенной вирусной инфекции. Узелковый полиартериит — редкое заболевание, поражающее преимущественно мужчин работоспособного возраста, приводящее к инвалидизации и нередко смерти. В статье проанализированы этапы диагностики узелкового полиартериита. Приведенный клинический случай узелкового полиартериита свидетельствует о необходимости тщательного синтеза имеющихся клинических данных и данных дополнительных методов исследования для правильной постановки диагноза и назначения соответствующей терапии, способной облегчить состояние больного и продлить его жизнь.

Ключевые слова: узелковый полиартериит, диагностика.

Введение

Узелковый полиартериит (УП) — редкое заболевание. Его распространенность составляет 0,5-7,7 случая на 100 тыс. населения, чаще (в 3-5 раз) болеют мужчины в возрасте 20-50 лет. Заболеваемость УП в последние годы повысилась и имеет тенденцию к дальнейшему росту. Полиморфизм клинических проявлений УП создает трудности диагностики особенно на начальных этапах болезни. Тяжелое течение, высокая частота инвалидизации с вероятностью летального исхода при несвоевременном и неадекватном лечении свидетельствуют о том, что УП представляет собой важную медико-социальную проблему [1, 4].

Актуальным и необходимым является накопление и обобщение опыта наблюдения и лечения больных УП. Учитывая особенности диагностики, редкость встречаемости этого заболевания в качестве примера представляем клинический случай.

Клиническое наблюдение

Больной С., 42 года, шахтер, поступил в ревматологическое отделение ЛГКМБ №1 14 января 2011 г. с жалобами на боль жгучего характера по наружной поверхности правой стопы и голени, боль в суставах кистей, слабость в правой стопе, общую слабость, головную боль, повышение артериального давления (АД) до 190/105 мм рт.ст., значительное похудание.

Считает себя больным с октября 2010 г., когда после респираторного заболевания (повышение температуры тела до 38,8°C) через две недели стал отмечать боль в мелких суставах кистей и стоп, голеностопном суставе. Лечился в больнице по месту жительства, где был установлен диагноз реактивного артрита. Получал нестероидные противовоспалительные препараты, боль в суставах прекратилась. Однако спустя два месяца артралгии и гипертермия возобновились и сохранялись на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, в связи с чем был вновь госпитализирован в больницу по месту жительства.

Состояние больного при поступлении было удовлетворительным. Предъявлял жалобы на боль в мелких суставах кистей и стоп, тремор рук. Отмечал также плохой сон и возбуждение. Мелкие суставы кистей и стоп внешне были не изменены, движения в них умеренно болезненны.

Во время пребывания в районной больнице по месту жительства, несмотря на проводимое лечение, боль в суставах сохранялась, появились слабость в правой стопе и онемение тыла стопы. Больной был осмотрен невропатологом, который установил диагноз неврита правого малоберцового нерва. Спустя две недели у пациента стало повышаться АД до 160-180/100-110 мм рт.ст., в связи с чем к лечению был добавлен эналаприл 10 мг 2 раза в сутки. Ранее при измерении АД его уровень не превышал 110-120/70-80 мм рт.ст. В связи с ухудше-

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

нием состояния и для установления диагноза больной госпитализирован в ЛГКМБ №1.

Из перенесенных заболеваний отмечает вирусный гепатит В (1,5 года назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощен.

Состояние больного удовлетворительное. Правильного телосложения. Рост — 176 см, вес — 73 кг, индекс массы тела — 2,4 кг/м². Температура тела — 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации мышц плечей и предплечий, а также крупных суставов верхних конечностей, мелких суставов кистей определяется болезненность. Деформации и деформации суставов не выявлено. Кожа над суставами обычной окраски и температуры. Форма грудной клетки — нормостеническая. Частота дыхания — 16 в мин. Перкуторно над легкими — ясный легочной звук, при аускультации — жесткое, несколько усиленное дыхание. Верхушечный толчок смещен влево на 1 см. Пульс 78 в 1 минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст. Границы сердечной тупости: правая и верхняя — в норме, левая — на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии. Сердечная деятельность ритмичная, I тон умеренно ослаблен, II тон незначительно акцентирован над аортой. Патологические шумы не выслушиваются. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени умеренно болезненный при пальпации у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Отделы толстого кишечника при пальпации безболезненны. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Визуально изменений в области почек не выявлено. Симптом Пастернацкого — отрицательный. Внешних симптомов поражения эндокринной системы не выявлено. Щитовидная железа не увеличена.

Невропатологом выявлено нарушение тыльной флексии стопы справа, а также нарушение чувствительности по периферическому типу в зоне иннервации малоберцового нерва с двух сторон. Глубокие рефлексы симметричны, симптомы натяжения отрицательны.

Информация, полученная при расспросе больного и на основании результатов физического исследования, позволила обосновать предварительный диагноз. Так, недомогание, слабость, быстрая утомляемость, потеря массы тела (за полгода на 5 кг), длительная лихорадка указывают на наличие у больного заболевания без этиологической и патогенетической его детализации.

Начало заболевания связано с респираторной вирусной инфекцией при наличии лихорадки, артралгии, не поддающихся противовоспалительной терапии, присоединение симптомов поражения нервной системы (слабость в правой стопе и онемение тыла стопы), появление артериальной гипертензии, значительная потеря веса указывают на прогрессирование патологического процесса с вовлечением многих органов и систем.

Следовательно, полиартралгии, упорная лихорадка, значительная потеря массы тела, присоединение артериальной гипертензии и прогрессирование поражения нервной системы могут указывать на наличие у больного полисистемного ревматического заболевания.

Для уточнения сущности процесса и постановки клинического диагноза необходимо было проведение следующих дополнительных методов исследования: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ крови на сахар, кровь на RW, кал на я/г, СРБ, протеинограмма, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, липиды крови, HBsAg, ревматоидный фактор, мочевины, креатинин, биопсия кожно-мышечного лоскута, рентгенография суставов, УЗИ ОБП, ФГДС, ЭКГ.

Анализ крови клинический: гемоглобин 145 г/л, эритроциты $4,7 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты $150 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $8,6 \cdot 10^9$ /л (эозинофилы — 4%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 47%, лимфоциты — 35%, моноциты — 12%). СОЭ 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельная плотность 1015, белок не обнаружен, лейкоциты 1-2, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 16 мкмоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, АЛТ 280 ЕД/л, АСТ 70 ЕД/л, щелочная фосфатаза 169 ЕД/л, общий белок 72,0 г/л, общий холестерин 4,0 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, железо 12,8 мкмоль/л. HBsAg — положительный.

При исследовании мочи по Зимницкому колебания относительной плотности мочи от 1005 до 1015, дневной диурез 1100 мл, ночной диурез 900 мл.

На электрокардиограмме (ЭКГ): ритм синусовый, частота сердечных сокращений 72 в 1 мин., положение электрической оси сердца нормальное.

Рентгенисследование суставов кистей, стоп, голеностопного сустава не показало наличия костно-деструктивных изменений.

При УЗИ органов брюшной полости: переднезадний размер левой доли печени 62 мм, правой доли 155 мм. Эхогенность ткани печени умеренно диффузно повышена. Диаметр пор-

тальной вены 14 мм. Желчный пузырь не увеличенный, с перегибом в области шейки. Стенки уплотнены, толщина стенки до 4 мм, конкрементов не содержал. Общий желчный проток не расширен. Поджелудочную железу визуализировали в области головки и тела. Контур ровный, эхогенность диффузно повышена. Селезенка не увеличена, структура однородная. Свободная жидкость в брюшной полости, малом тазу и плевральных полостях отсутствует.

УЗИ почек: правая почка размером 119*43*50 мм, слой паренхимы — 14 мм, левая 118*43*49 мм, слой паренхимы — 13 мм.

При эндоскопическом исследовании: слизистая пищевода обычная, слизистая желудка гиперемирована, привратник широкий. Незначительная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

Биопсия показала инфильтрацию гранулоцитами и мононуклеарами артерий мелкого и среднего калибра, пролиферацию эндотелия, местами с облитерацией просвета артерий, мелкие сосуды с эритроцитарными и эритроцитарно-фибриновыми обтурирующими тромбами.

Анализ результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, полученных при обследовании больного, не позволил однозначно трактовать их нозологическую принадлежность, поэтому при проведении дифференциальной диагностики в каждом конкретном случае необходимо опираться на совокупность, степень выраженности, динамику и преобладание неспецифических признаков болезни.

На этапе постановки предварительного диагноза удалось только гипотетически предположить наличие у больного системного ревматического заболевания. Данные дополнительных методов исследования позволили документировать полисистемность болезни (ускоренное СОЭ, положительный НВsAg, ультразвуковые изменения в печени, эндоскопические признаки поражения ЖКТ) и исключить ряд ревматических заболеваний, таких как системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, поли- и дерматомиозит), сконцентрировав внимание на системных васкулитах.

В дифференциальной диагностике системных васкулитов следует учитывать пол и возраст пациентов. По этим признакам у обследованного больного можно исключить гигантоклеточный (височный) артериит (чаще болеют женщины старше 50 лет), артериит Такаясу (начинается болезнь в возрасте до 40 лет, в основном у женщин), болезнь Кавасаки и гиперсенситивный васкулит (развивается у детей до 16 лет). Ряд других васкулитов сопровождается петехиальной сыпью (васкулит Шенляйна-Геноха), язвенными поражениями кожи (болезнь Бехчета), некротизирующими изменениями кожи (эссенциальный криоглобулинемический васкулит), поражением верхних и нижних дыхательных путей (гранулематоз Вегенера), а также легочными инфильтратами (синдром Черджа-Стросса и микроскопический полиангиит), чего нет у конкретного больного. В связи с вышеизложенным по большинству имеющихся признаков (потеря массы тела, артралгии, мононейропатия, повышение

Таблица 1

Диагностические критерии узелкового полиартериита

| | |
|--|--|
| Снижение массы тела более 4 кг | Похудение после начала заболевания на 4 кг и более, не связанное с особенностями питания |
| Сетчатое ливедо | Сотовый рисунок кожи туловища и конечностей |
| Боль и повышенная чувствительность яичек | Боль в яичках или болезненность при их пальпации, не связанная с инфекцией, травмой или другими причинами |
| Миалгии | Диффузные миалгии (кроме мышц плечевого пояса или поясницы), слабость или болезненность мышц нижних конечностей |
| Мононеврит или полинейропатия | Развитие мононейропатии, множественной мононейропатии или полинейропатии |
| Диастолическое АД более 90 мм рт.ст. | Развитие артериальной гипертензии с уровнем диастолического АД более 90 мм рт.ст. |
| Повышение уровня мочевины или креатинина в крови | Повышение уровня мочевины или креатинина в крови, не связанное с дегидратацией или нарушениями выделения мочи |
| Инфицирование вирусом гепатита В | Наличие НВsAg или антител к вирусу В в сыворотке крови |
| Артериографические изменения | Аневризмы или окклюзии висцеральных артерий, не связанные с атеросклерозом, фиброзно-мышечной дисплазией или другими невоспалительными причинами |
| Гистологические изменения | Выявление при биопсии артерий полиморфноядерных лейкоцитов |

Клиническая классификация узелкового полиартериита (Ассоциация ревматологов Украины, 2003)

| Клиническая классификация узелкового полиартериита | |
|--|--|
| Течение | Острое Подострое Хроническое |
| Степень активности | Отсутствует (0) Минимальная (1) Умеренная (2) Высокая (3) |
| Стадия | Начальная Развернутая Терминальная |
| Клинико-морфологическая характеристика заболевания | |
| Кожа | Сосудистая папулезно-петехиальная пурпура Буллезные и везикулярные высыпания Ливедо Некротические изменения кожи Дигитальный некроз фаланг пальцев Подкожные узелки (редко) |
| Костно-мышечная система | Суставно-мышечный синдром (артрит, артралгии, миастенический синдром с миалгиями) |
| Периферическая нервная система | Асимметричная нейропатия с поражением большеберцовых, локтевого, кубитального, краниальных и других нервов |
| Центральная нервная система | Инфаркт мозга Геморрагический инсульт Психозы |
| Почки | Сосудистый тип патологии почек, иногда с множественными инфарктами почек с формированием почечной недостаточности Гломерулонефрит (редко) |
| Легкие | Легочной васкулит Интерстициальная пневмония с прогрессирующим фиброзом Инфаркт легкого Плеврит |
| Сердечно-сосудистая система | Коронарит с клиникой стенокардии, инфаркт миокарда Артериальная гипертензия |
| Желудочно-кишечный тракт | Абдоминальный синдром (панкреатит или кисты поджелудочной железы, холецистит, аппендицит, кровотечение) Сосудистое поражение печени с развитием инфаркта печени, гематомами, кистами (реже) |
| Эндокринная система и орган зрения | Орхит Эпидидимит Конъюнктивит Ирит Увеит Окклюзия центральной артерии сетчатки (редко) |

АД, изменение ЖКТ и печени, связь болезни с вирусной инфекцией, наличие HBSAg, возраст 42 года, мужчина) больному был выставлен диагноз — узелковый полиартериит, который подтвержден результатами гистологического исследования (сосуды мелкого и среднего калибра инфильтрированы гранулоцитами и мононуклеарами) [2, 3]. Для постановки диагноза узелкового полиартериита использовали критерии Американской коллегии ревматологов 1990 г. [1] (табл. 1).

У больного С. имели место 6 критериев (немотивированная потеря массы тела (более 4 кг), миалгия и мышечная слабость, мононейропатия, повышение диастолического АД более 90 мм рт.ст., наличие HbsAg в сыворотке крови, инфильтрация артерий мелкого и среднего калибра гранулоцитами и мононуклеарами), позволяющих установить диагноз: узелковый полиартериит.

Чтобы определить течение, степень активности, стадию УП, использовали клиническую классификацию УП (2003 г.) [1] (табл. 2).

В дебюте болезни преобладали суставные и нейропатические проявления, через 4 месяца от начала заболевания появилась артериальная гипертензия, что соответствует подострому течению заболевания. Умеренные изменения лабораторных показателей (СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, лихорадка в анамнезе, потеря массы тела) указывают на II степень активности процесса. Стадия заболевания — начальная с поражением костно-мышечной системы (полиартралгия, миалгии), периферической нервной системы (моноейропатия малоберцовых нервов с двух сторон с парезом правой стопы), почек (ренальная артериальная гипертензия).

Следовательно, формулировка клинического диагноза может быть следующей: узелковый полиартериит, подострое течение, II степень активности, начальная стадия с поражением костно-мышечной системы (полиартралгия, миалгии), периферической нервной системы (моноейропатия малоберцовых нервов с двух сторон с парезом правой стопы), почек (ренальная артериальная гипертензия).

Согласно рекомендациям Ассоциации ревматологов Украины (АРУ) 2004 г. [1], лечение больных УП должно включать: глюкокортикоиды, иммуносупрессоры, антикоагулянты, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты, аминохинолоновые, ангиопротекторные, противовирусные препараты, симптоматическое лечение.

В соответствии с рекомендациями АРУ (2004) больному назначили: преднизолон 90 мг/сут. внутрь, азатиоприн 100 мг/сут., ксантинола никотинат 300 мг (2 мл) внутривенно, лизиноприл 10 мг/сут.

Больной был выписан из отделения с улучшением общего состояния. Было рекомендовано продолжить лечение в амбулаторных условиях под наблюдением участкового терапевта.

Вывод

Таким образом, рассмотренный случай узелкового полиартериита характеризуется затруднением диагностики в дебюте заболевания в связи с полиморфизмом клинических проявлений, что потребовало привлечения врачей разных специальностей на этапе диагностики. Данных анамнеза и физикального обследования было недостаточно, чтобы определить диагноз узелковый полиартериит. Результаты дополнительных методов исследования позволили определиться с системностью заболевания. Окончательный диагноз был выставлен с учетом результатов гистологического исследования.

Так, приведенное наблюдение больного узелковым полиартериитом свидетельствует о необходимости тщательного синтеза имеющихся клинических данных и результатов дополнительных методов исследования для правильной постановки диагноза и назначения соответствующей терапии, способной облегчить состояние больного и продлить его жизнь.

Литература

1. Внутрішня медицина / [Н.С.Свінціцький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.]; за ред. К.М.Амосової. — К.: Медицина, 2009. — 1088 с.
2. Зербило Д.Д. Васкулиты и ангиопатии / Д.Д.Зербило. — К.: Здоров'я, 1977. — 102 с.
3. Насонов Е.Л. Васкулиты и васкулопатии / Е.Л.Насонов, А.А.Баранов, Н.П.Шилкина. — Ярославль: Верхняя Волга, 1999. — 616 с.
4. Свінціцький А.С. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С.Свінціцький, О.Б.Яременко, О.Г.Пузанова. — К.: Книга плюс, 2006. — 680 с.

В.І.Коломієць, О.Б.Брежнєва, Н.Б.Некрасова. Особливості діагностики вузликowego поліартеріїту. Луганськ, Україна.

Ключові слова: вузликований поліартеріїт, діагностика.

У статті наведений опис випадку діагностики вузликowego поліартеріїту, який розвинувся у хворого після перенесеної вірусної інфекції. Вузликований поліартеріїт — рідкісне захворювання, який вражає переважно чоловіків працездатного віку, що призводить до інвалідизації і нерідко смерті. У статті проаналізовані етапи діагностики вузликowego поліартеріїту. Наведений клінічний випадок свідчить про необхідність ретельного синтезу наявних клінічних даних і даних додаткових методів дослідження для правильної постановки діагнозу і призначення відповідної терапії, здатної полегшити стан хворого і продовжити його життя.

V.I.Kolomiets, H.B.Brezhneva, N.B.Nekrasova. Features diagnosis polyarteritis nodosa. Lugansk, Ukraine.

Key words: polyarteritis nodosa, diagnosis.

This article describes the case study of diagnosing polyarteritis nodosa. This develops in a patient recovering from a viral infection. Polyarteritis nodosa is rare disease which mainly affects males of working age, leading to disability and often death. This paper analyzes the stages of diagnosis of polyarteritis nodosa. The above clinical case of polyarteritis nodosa indicates the need for thorough analysis of available clinical data and additional research methods for the proper diagnosis and appropriate treatment that should be given to facilitate the patient's condition and prolong the life of the patient.

Надійшла до редакції 22.11.2011 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2012
УДК 612.216.3: 612.67

Проведение неинвазивной вентиляции легких при синдроме острой дыхательной недостаточности у пациентки с острым лимфобластным лейкозом

Ю.И.Налапко, И.Т.Котилевская, Т.Ю.Теймуров,
И.И.Стафиняк, И.А.Дрожжа, Л.В.Гришина

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет» (ректор — профессор В.К.Ивченко),
Луганская областная клиническая больница (главный врач — доцент Ф.Т.Соляник)
Луганск, Украина

Описан опыт успешного проведения неинвазивной вентиляции легких у пациентки с острой дыхательной недостаточностью, развившейся на фоне проведения химиотерапии по поводу острого лимфобластного лейкоза. Особенностью приведенного случая является то, что неинвазивная вентиляция легких применялась после проведения в течение суток эндотрахеальной ИВЛ. Длительность неинвазивной вентиляции составила 130 ч, после чего пациентка успешно отлучена от респиратора. Существенных осложнений не отмечалось. Анализ данного случая позволяет сделать вывод об эффективности и перспективности применения неинвазивной вентиляции легких при развитии острой дыхательной недостаточности у пациентов со злокачественными заболеваниями крови, получающими химиотерапию.

Ключевые слова: интенсивная терапия, неинвазивная вентиляция легких.

Введение

Острая дыхательная недостаточность (ОДН), несмотря на свою относительно невысокую частоту, является грозным осложнением химиотерапии у пациентов онкогематологических стационаров. Химиотерапия, как правило, вызывает у данных пациентов аплазию кроветворения. На этом фоне развивается иммунодефицитное состояние, склонность к геморрагиям (агранулоцитоз, тромбоцитопения). Описано токсическое действие цитостатиков непосредственно на легочную паренхиму, микроциркуляторное русло легких [1, 5].

ОДН — наиболее частая причина перевода в отделение интенсивной терапии больных гемобластомами. Большая часть этих пациентов нуж-

дается в интенсивной респираторной терапии, включая ИВЛ. Использование у этой категории пациентов традиционных методик проведения ИВЛ с применением эндотрахеальных трубок и трахеостомических канюль сопровождается высокой смертностью. Несмотря на использование современных респираторов и режимов вентиляции, летальность среди таких больных может достигать 85% [2]. Это отчасти объясняется возникновением осложнений, связанных с установкой, уходом, сменой эндотрахеальных трубок и трахеостомических канюль на фоне иммуносупрессии и тромбоцитопении. Как правило, это развитие нозокомиальной респираторной инфекции, геморрагический трахеобронхит, кровоизлияния в слизистую и мягкие