

5. Fluoropolymer-coated Dacron verzuz PTFEgrafts for femorofemoral crossover bypass /J.P.Eiberg [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovask. Surg. –2006. – Vol.32, N 4. – P. 431-438.

## **НЕДООЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРОВИ – РЕЗУЛЬТАТ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА)**

*Водоевич В. П., Варнакова Г. М., Брейдо А. А.*

*Гродненский государственный медицинский университет»*

РА – аутоиммунное заболевание, относящееся к заболеваниям соединительной ткани (коллагенозы), при котором, как правило, повышается скорость оседания эритроцитов (СОЭ). В то же время СОЭ может повышаться при онкологических и инфекционных заболеваниях.

Цель описания клинического случая – заострить внимание врачей терапевтического профиля о необходимости детальной интерпретации биохимических изменений в крови, общего анализа крови для диагностики инфекционных или аутоиммунных заболеваний.

Пациент Ш., 55 лет, слесарь, поступил в гастроэнтерологическое отделение 4 ГКБ г.Гродно 19.09.2014 г. с язвой желудка 0,8 см в диаметре. Язва желудка была обнаружена после перенесенной амбулаторно очаговой пневмонии (02.09.2014 г.), которая аускультативно и рентгенологически излечилась, но оставались повышенная СОЭ – 53 мм/час и субфебрильная температура.

Язва зарубцевалась буквально через 6 дней по данным гастрофиброскопии, но повышенная СОЭ и субфебрильная температура сохранились. В крови был высокий уровень фибриногена (10,56 г/л). На РКТ органов брюшной полости обнаружено объемное образование левого надпочечника, хотя клинических проявлений опухоли – тахикардии, повышения артериального давления и т.д., не было. Пациент был переведен в ГОКБ, онкологическое отделение, где была проведена адреналэктомия. Но опухоль оказалась доброкачественной, т.е. причиной повышения СОЭ она не являлась. После операции субфебрильная температура и высокая (60 мм/час) СОЭ сохранились.

Уролог проводит трансректальное УЗИ предстательной железы с прицельной мультифокальной биопсией из стандартных

шести точек, т.к. в крови обнаружены высокие цифры ПСА – 50 нг/мл. Гистологически – железистая и фиброзно-мышечная гиперплазия, т.е. рак исключается.

Учитывая гипертермию и высокую СОЭ пациент переводится в Гродненскую инфекционную больницу с диагнозом – лихорадка неясной этиологии. В инфекционной больнице повторяются лабораторные исследования, а также исследуются кровь на стерильность, малярию, Лайм-Боррелиоз, ВИЧ, альфафетопротеин, маркеры вирусных гепатитов. Инфекционного возбудителя найти не удалось. Пациент почти без перерыва после перевода с 4 ГКБ получал различные антибиотики, прошел множество инструментальных исследований (только рентгенологическое исследование легких делалось 6 раз). В результате – ослаб, потерял в весе 12 кг, в крови снизился гемоглобин до 86 г/л, а был 130 г/л. Количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула во всех анализах – в пределах нормы. СОЭ постоянно сохраняется в пределах 50-60 мм/час. Содержание фибриногена и С-реактивного белка во всех анализах остаются высокими: 10,56; 9,68; 9,88 г/л и 108,4; 113,5; 104,4 мг/л. Концентрация ПСА в крови почти нормализовалась: была 50 нг/мл, а стала 8,7 нг/мл.

Собирается консилиум с участием кафедры инфекционных болезней и узких специалистов. Кардиолог назначает УЗИ сердца для исключения инфекционного эндокардита, невролог – МРТ головного мозга для исключения новообразования, ЛОР – рентгеноснимок придаточных пазух носа. Проведенные исследования патологии не выявляют. Но на МРТ брюшной полости отмечаются признаки послеоперационных изменений в забрюшинном пространстве в ложе левого надпочечника и пациента снова переводят в онкологическое отделение с диагнозом гематомы с признаками воспаления в области брюшной полости. В онкологическом отделении находится с 12.12.2014 г. по 24.12.2014 г., где повторяются инструментальные исследования и приходят к выводу, что оперативное лечение по поводу образования в ложе надпочечника на данный момент не показано и выписывают домой с рекомендацией продолжения приема антибиотиков амбулаторно.

Итак, после адреналэктомии, стационарного лечения в онкологии, инфекционной больнице, пациент возвращается к заводскому врачу, а ему надо решать вопрос о трудоспособности (4 месяца на б/листу). И пациент 31.12.2014 г. снова направляется в

гастроэнтерологическое отделение 4 ГКБ для исключения опухоли тонкого кишечника. Пациенту повторно делаются гастрофиброскопия, колоноскопия и пассаж бария по кишечнику (энтероскопа в больнице нет). Патологии не выявляется.

Проанализировав все выписки из историй болезни, мы обратили внимание на постоянно высокие цифры СРБ и фибриногена в крови, что характерно для аутоиммунного заболевания. Осложнения пневмонии, как гнойный плеврит, и послеоперационная гематома с нагноением, как причины повышения температуры и ускоренной СОЭ, дали бы изменения со стороны лейкоцитов (лейкоцитоз, сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов) и привели бы за такое время к токсическому поражению печени, почек. Но этого не произошло. Сбор анамнеза в этом направлении дал положительные результаты. Оказывается, еще до заболевания пневмонией, весной 2014 г. у пациента появились боли в левом коленном суставе, он распух, пациент хромал, с трудом ходил на работу, но за медицинской помощью не обращался, т.к. на заводе происходит большое сокращение работников, особенно, часто болеющих. Припухлость держалась не менее 2-х недель, принимал таблетки диклофенака. Летом чувствовал себя также неважно – появилась по утрам скованность в суставах, слабость, боли в левом локтевом суставе с его припухлостью, потом в левом плечевом суставе. Также к врачам не обращался, продолжал работать, пока не заболел пневмонией.

Пациенту был назначен дексаметазон в/венно в дозе 12 мг, антибиотики отменены. После 2-х дневного введения препарата отмечено резкое улучшение состояния – нормализовалась температура, исчезли слабость и утренняя скованность в суставах, а после 6-дневного введения – СОЭ снизилась с 64 до 34 мм/час, нормализовался уровень гемоглобина – 129 г/л. После стационара пациент сразу вышел на работу, но продолжал начатую в стационаре гормонотерапию: преднизолон 20 мг (4 таб.) утром со снижением дозы на 1 таб. в неделю. К концу лечения СОЭ стала 14 мм/час, ни разу не поднималась температура. В настоящее время пациент чувствует себя не плохо, но принимает поддерживающую дозу преднизолона – 1 таб. (5 мг) утром.

Конечно, течение РА у нашего пациента не очень типичное. Чаще всего это заболевание начинается с поражения суставов пальцев рук. Но в 15-20% случаев РА в первые месяцы и даже го-

ды может протекать по типу моно- или олигоартрита крупных суставов [1]. Чаще этот процесс начинается с коленного сустава, как и у нашего пациента. Если бы пациент не работал, так никто его так активно не обследовал и не лечил – был бы выставлен диагноз «синдром ускоренной СОЭ» и рекомендовано амбулаторное наблюдение. В данном случае пациент «пошел» по узким специалистам, но до нужного специалиста – ревматолога не «дошел». Никто не спрашивал его про суставы, каждый специалист должен был поставить свой диагноз или исключить его на основании лабораторно-инструментальных методов обследования. Анамнез, объективные данные, жалобы пациента – в расчет не берутся. Никто из специалистов не заинтересовался высоким содержанием в крови фибриногена, С-реактивного белка при нормальном содержании в крови лейкоцитов без изменения лейкоцитарной формулы. У опытного терапевта установление диагноза не заняло бы 4 месяца. Правда, 1-я кафедра внутренних болезней ГрГМУ участие в консилиуме не принимала. В терапии есть 2 группы заболеваний (кроме онкологических) когда повышаются температура и СОЭ – связанные с инфекцией и аутоиммунные. Первые лечатся антибиотиками, вторые – глюкокортикоидными гормонами. Если температура и СОЭ не нормализуются от антибиотиков, тогда назначаем гормоны, которые дают очень быстрый результат. Это и есть метод постановки диагноза – по лечебному эффекту (*diagnosis ex juvantibus*). Далее – ищем конкретное заболевание уже с одной группы.

Таким образом, чтобы стать узким специалистом необходимо поработать участковым терапевтом или врачом общей практики. В сложных клинических случаях для участия в консилиумах необходимо приглашать и лабораторную службу, которая поможет правильно интерпретировать патологические изменения в крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Матвейков, Г.П. Справочник терапевта / Г.П. Матвейков, Н.А. Манак, Н.Ф. Сорока и др.; Сост. и ред. Г.П. Матвейков. – 2-е изд. – Мн.: Беларусь, 2002. – 846 с.