

использование короткого временного ряда является существенным методологическим ограничением данного исследования, которое могло оказать влияние на его результат.

Выводы. Результаты настоящего исследования говорят о том, что уровень не фатальных последствий травм, отравлений и других внешних причин может быть использован в качестве косвенного индикатора алкогольных проблем. Задачей дальнейших исследований является изучение связи между уровнем продажи алкоголя и заболеваемостью различными болезнями с использованием более длинных временных рядов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Разводовский Ю.Е. Эффективные стратегии алкогольной политики. / Ю.Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – № 3. – С.37–42.
2. Разводовский Ю.Е. Алкогольная смертность в Беларуси в контексте алкогольной политики. / Ю.Е. Разводовский // Вопросы Наркологии. – 2017. – №7. – С. 106–119.
3. Moskalewicz J. East-West disparities in alcohol-related harm. / J. Moskalewicz, Y.E. Razvodovsky, P. Wieczorek // Alcoholism and Drug Addiction. – 2016. – Vol. 29. – P. 209–222.
4. Razvodovsky YE. Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus. / YE. Razvodovsky // Adicciones. – 2013. – №25. – С. 156–162.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva. 2018.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Мороз О.К.¹, Литвяков А.М.², Сиротко О.В.²

Витебский государственный ордена Дружб народов медицинский университет

Актуальность. Реактивный артрит – аутоиммунное заболевание из группы серонегативных спондилоартритов, которое характеризуется воспалительным поражением суставов, ассоциированным с триггерной инфекцией [1] (урогенитальной или кишечной), как правило, у генетически предрасположенных лиц. В клинической картине преобладает поражение периферических суставов и осевого скелета, возможны и системные проявления, включая поражение кожи, слизистых оболочек, сердца, кишечника и мочеполовых органов. Диагностика поражений суставов, а главное дифференциальная диагностика является важным аспектом, который позволяет верифицировать заболевание и подобрать патогенетически обоснованную фармакотерапию. Существует множество

различных заболеваний суставов, которые имеют схожую клиническую симптоматику и жалобы пациента, однако патогенез их кардинально различается. Одним из таких вариантов является приведенный нами случай из практики.

Цель. Показать важность дифференциальной диагностики заболеваний суставов на примере клинического случая из практики.

Методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт: поликлинической и текущей госпитализации пациента В., 1985 года рождения, который был госпитализирован в ревматологическое отделение УЗ «Витебская областная клиническая больница».

Результаты и их обсуждение. *Анамнез.* Пациент В. 34 лет поступил с подозрением на реактивный артрит в августе 2019 г. Предъявлял жалобы на боль, отек и красноту правого голеностопного сустава, боль в пояснице, усиливающаяся ночью, в покое, общую слабость, повышение температуры тела в вечернее время до 37,1–37,4°C, боль в кистях, утреннюю скованность около часа.

Болен с мая 2019 г., когда на фоне полного благополучия появились боль и отек в правом голеностопном суставе, повышение температуры тела по вечерам до 37,1–37,3 °С. Самостоятельно принимал НПВС без особого эффекта. В августе обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен на госпитализацию в УЗ «ВОКБ» с диагнозом «Недифференцированный артрит».

Осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С. Пульс 75 ударов в минуту. Артериальное давление 120/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нервно-психический статус: невротизирован из-за выраженного болевого синдрома. Кожный процесс представлен красной фиксированной эритемой с волдырем на подошвенной поверхности стопы, размером 3 x 3 см в диаметре, округлой формы (Рисунок 1,2).



Лабораторное обследование.

Серореакции на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты (В, С) – отрицательные.

Общий анализ крови: гемоглобин (HGB) 147 г/л, эритроциты (RBC) 4,9 Ед/л, гематокрит (HCT) 41,8 %, средний объем эритроцитов (MCV) 85,6 фл, среднее содержание гемоглобина (MCH) 30,3 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) 352 г/л, тромбоциты 366×10^9 /л, лейкоциты (WBC) $7,99 \times 10^9$ /л, лимфоциты 23,5%, абсолютное содержание лимфоцитов $1,88 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 66,4%, абсолютное содержание нейтрофилов $5,31 \times 10^9$ /л, моноциты 7,6%, абсолютное содержание моноцитов $0,61 \times 10^9$ /л, эозинофилы 2,1%, абсолютное содержание эозинофилов $0,16 \times 10^9$ /л, базофилы 0,4%, абсолютное содержание базофилов $0,03 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов –72 мм/ч.

Общий анализ мочи и микроскопия осадка: цвет соломенно-желтый, прозрачный, относительная плотность 1,025, pH 5, эритроциты 0-1 в поле зрения, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эпителиальные клетки 0-1 в поле зрения, белок (NO,1) 0,41, бактерии +, слизь +++.

Биохимическое исследование крови: АЛТ 22 Е/л, АСТ 12 Е/л, билирубин общий 10,7 мкмоль/л, билирубин прямой 3,9 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 71 Е/л, ГГТП 27 Е/л, мочевины 4,3 ммоль/л, общий белок 77 г/л, мочевая кислота 0,31 ммоль/л, ЛДГ 304 ммоль/л, КФК 93, РФ 11 ед., железо сыв. 6,9 мкмоль/л, ОЖСС 42 мкмоль/л, ферритин (N до 300) 423 нг/мл, СРБ (N до 1) - 40,5 мг/л, Гемостазиограмма: АЧТВ 27 сек., ПТИ 0,9, фибриноген А 10.1 г/л, МНО 1,13, Д-димер (N до 250)-864 нг/мл, антистрептолизин-О в 1 мл (N200) 202 АЕ.

При диагностике инфекций методом ПЦР, ИФА, РИФ антитела к *Chlamydia trachomatis*, микоплазме, уреоплазме, трихомонаде, *Gardnerella vaginalis*, *Borrelia*, к вирусу клещевого энцефалита (ТВЕ), *Yersinia enterocolitica* не выявлены.

Chlamydia trachomatis в культуре клеток McCoу обнаружены в низком титре.

Кровь на анти-nRNP, анти-Sm, анти-SS-A, анти-Ro-52, анти-SS-B, анти-SCL-70, анти-PM-Scl100, анти-Jo-1, анти-centromere B, анти-PCNA, анти-dsDNA, анти-нуклеосомы, анти-гистоны, анти-AMA-M2, анти-Mi2, анти-Ku, анти-DFS70, анти-MPO, анти-GBM, анти-proteinase, ASCA отрицательная.

Цитологическое исследование внутрисуставной жидкости: рагоциты 42%, цитоз $1,2 \times 10^9$ /л.

Инструментальное обследование.

На электрокардиограмме: синусовый ритм, частота сердечных сокращений 66 ударов в минуту. Нормальная электрическая ось сердца. Поворот сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки. Признаки умеренного увеличения левого предсердия.

Колоноскопия (для исключения болезни Крона, неспецифического язвенного колита) показала: просвет осмотренных отделов толстой кишки не деформирован, в просвете небольшое количество полупрозрачного содержимого, складки плохо расправляются при инсуффляции воздухом. Гаустрация выражена слабо. Сосудистый рисунок сглажен. Перистальтика не активная. Заключение: Атрофический колит.

На рентгенограмме сакро-илеальных сочленений определяется умеренное сужение суставных щелей с обеих сторон.

На рентгенограмме стоп костно- деструктивных изменений не выявлено.

На рентгенограмме органов грудной клетки легкие, сердце, аорта без патологических изменений.

На серии томограмм очаговых и инфильтративных изменений в легких не определяется, легочной ствол не деформирован. Трахея, главные, долевые, сегментарные бронхи проходимы. Дополнительных образований в средостении не обнаружено. Лимфоузлы не увеличены. Легочной ствол – 25 мм, правая легочная артерия – 20 мм, левая легочная артерия – 20 мм. В плевральной полости выпот не определяется. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

При ультразвуковом исследовании коленных и голеностопных суставов регистрируются эхографические признаки энтезита: отмечается утолщение энтезиальных структур, в местах крепления энтезов отмечается появление зон оссификации. Элементы гиперваскуляризации в проекции суставов не выявлены. Отмечается незначительное сужение суставных щелей и истончение гиалиновых хрящей. Признаки энтезита ахилловых сухожилий справа.

Заключение при ультразвуковом исследовании сердца: уплотнение аорты, створок митрального клапана. Митральная регургитация 1 степени. Дополнительные хорды левого желудочка.

При ультразвуковом исследовании вен нижних конечностей признаков тромбоза не выявлено.

При проведении фиброгастродуоденоскопии определяются признаки смешанного гастрита.

Выводы. Таким образом, при проведении комплексного обследования пациенту был выставлен верный диагноз: реактивный артрит, сакроилеит, индуцированный *Chlamydia trachomatis*, с преимущественным поражением голеностопных суставов, активность 3 степени, ФН1 степени. Это позволило назначить адекватную патогенетическую терапию и добиться улучшения состояния. Для проведения своевременной дифференциальной диагностики заболеваний суставов необходимо выполнять комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований. В профиль обследований пациентов с поражением суставов и системными проявлениями должны быть обязательно включены обследования на специфические антитела и маркеры для исключения системного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молочков ВА, Палеев ФН, Молочков АВ, Ковалев ЮН, Караулов АВ, Мылов НМ, Петрова МС. Урогенитальный реактивный артрит. М.: БИНОМ; 2014. 128 с.