

Редкий клинический случай сочетания впервые выявленного ревматоидного артрита с лекарственным поражением печени у молодого мужчины

В.А.Ахмедов¹, Т.В.Смирнова¹, О.В.Гаус¹, С.Д.Курганский², А.М.Манскова², Е.А.Полыга²
¹Омский государственный медицинский университет МЗ России, Омск
²Клиническая медицинская санчасть №9, Омск

В представленной клинической демонстрации отражены особенности впервые выявленного ревматоидного артрита у молодого мужчины, с поражением левого тазобедренного сустава, дебют которого был связан с травматическим повреждением данного сустава, протекал с выраженными системными проявлениями заболевания в виде полисерозита, гепатоспленомегалии, анемии, поражения легких, лихорадки и был ассоциирован с лекарственным поражением печени на фоне приема больших доз нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, клинический случай, молодой мужчина, лекарственное поражение печени.

A Rare Clinical Case of a Combination of New-Onset Rheumatoid Arthritis with Drug Liver Disease in Young Men

V.A.Akhmedov¹, T.V.Smirnova¹, O.V.Gaus¹, S.D.Kurganskiy², A.M.Manskova², E.A.Polyga²
¹Omsk State Medical University
²KMSCH №9, Omsk

The clinical demonstration represents the peculiarities of newly diagnosed rheumatoid arthritis in young men with a lesion of the left hip joint, the debut of which was associated with a traumatic injury of the joint, proceeded with severe systemic manifestations of the disease in the form of polyserositis, hepatosplenomegaly, anemia, lung disease, fever and was associated with drug-induced liver injury in patients receiving high doses of non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Keywords: Rheumatoid arthritis, a clinical case, a young man, drug-induced liver injury.

Актуальность

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим заболеванием, ведущее значение в формиро-

вании и прогрессировании которого имеют значительные нарушения в иммунной системе человека [1]. По экономическим потерям, данное заболевание сопоставимо с бюджетными затратами на лечение и реабилитацию пациентов с такими заболеваниями как ишемическая болезнь сердца и злокачественные новообразования [1]. При формировании прогрессирования иммунологических нарушений формируется типичная клиническая картина РА с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем, делая заболевание похожим на иммунопатологический синдромом [2]. Гендерными особенностями течения ревматоидного артрита у мужчин являются: более частое вовлечение в процесс тазобедренных и крестцово-подвздошных сочленений, нежели мелких суставов кистей и стоп [3]. Кроме того, помимо суставных поражений возможно наличие и внесуставных проявлений заболеваний, таких как полинейропатия, анемия (Hb<100 г/л), ревматоидные узлы, ревматоидный васкулит, серозиты (перикардит, плеврит), поражение легких, поражение кардиоваскулярной системы, полиамиотрофию, лимфаденопатию, лихорадку, гепатоспленомегалию, синдромы Рейно и Шегрена [4, 5].

Клинический случай

В настоящей статье приведен клинический случай первичной диагностики ревматоидного артрита у молодого мужчины Е-ва, 1985 года рождения. При поступлении в КМСЧ № 9 предъявлял жалобы на слабость, боли в левом тазобедренном суставе.

Анамнез заболевания: Считает себя больным с конца мая – начала июня 2015 г., когда был сбит машиной (задета область левого тазобедренного сустава). В день травмы обратился в травматологическую поликлинику №1, где был исключен перелом. С конца июля 2015 г. пациент стал отмечать появление болей в области левого тазобедренного сустава с иррадиацией в нижнюю конечность. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал кеторол, спазган, дротаверин с небольшим положительным эффектом. В ночь с 31.08 на 1.09 – однократно повышение температуры тела до 39,0°C, тошнота, рвота, сухой кашель. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которой был выставлен диагноз ОРВИ. 1.09.15 осмотрен участковым терапевтом, выписаны препараты для лечения ОРВИ (парацетамол, противовирусные). Самостоятельно продолжал принимать кеторол (до 2 блистеров в сутки), так как выраженность болей в левом тазобедренном суставе прогрессирующе нарастала. В дальнейшем обследовался у участкового терапевта, было выявлено снижение гемоглобина до 54 г/л. 17.09.15 пациент поступил по неотложной терапевтической помощи в КМСЧ №9. В приемном отделении осмотрен хирургом, был выставлен диагноз: Посттравматический коксит слева. Глубокая межмышечная гематома слева? 21.09.15 по решению консилиума пациент переведен в терапевтическое отделение.

При объективном осмотре было выявлено: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, иктеричные. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких не проводится. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет жидкости. Печень +4 см из под края реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Отеки стоп и голеней.

По результатам обследования при поступлении было выявлено: общий анализ крови: Hb – 58 г/л,

эритроциты – $2,18 \times 10^{12}$, тромбоциты – 210×10^9 , лейкоциты – $14,8 \times 10^9$, формула: э – 1%, п – 3%, с – 73%, л – 15%, м – 1%, СОЭ – 65 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, билирубин общий – 83 мкмоль/л, билирубин прямой – 51 мкмоль/л, АсАт – 58 U/l, АлАт – 79 U/l, ЩФ – 1700 U/l, ГГТП – 421 U/l, ЛДГ – 239 U/l, амилаза крови – 68,7 U/l.

УЗИ органов брюшной полости и почек: УЗ признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений в печени, диффузных изменений в поджелудочной железе, утолщения стенки желчного пузыря, застоя в желчном пузыре, свободной жидкости в брюшной полости.

УЗИ плевральных полостей: УЗ признаки свободной жидкости в плевральных полостях с двух сторон в небольшом количестве.

Эхокардиография: диффузные изменения сердца с дилатацией. Признаки выпота в полости перикарда. Аномальная хорда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: слева в нижней доле плевральные шварты, «затемнен» боковой синус справа.

Рентгенография левого тазобедренного сустава: рентген картина артрита? Рекомендовано проведение компьютерной томографии сустава.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: рентген картина поясничного хондроза.

МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, тазобедренных суставов: КТ признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений в печени и поджелудочной железе, асцита, большого количества жидкости в малом тазу, синовиита (бурсита) левого тазобедренного сустава.

Фиброгастродуоденоскопия: эрозивный эзофагит. Недостаточность кардии. ГЭБР.

Учитывая выявленные данные анамнеза, а также выявленные изменения при лабораторно-инструментальном обследовании было проведено исследование на маркеры соединительнотканых заболеваний, по результатам которого было выявлено: анти тела к центромере В, IgG – 0,6 U/ml, ревматоидный фактор IgM – 165,5 IU/ml (норма – меньше 20), ревматоидный фактор IgG – 127,9 U/ml (норма – меньше 20), антитела к модифицированному цитруллированному виментину (А-МСV) – 41,8 U/ml (норма – меньше 20), антитела к растворимым ядерным антигенам (ЕНА) скрининг (IgG к 7 антигенам) – 0,5.

Сопоставив данные клинко-инструментального обследования окончательный диагноз был сформулирован как: Ревматоидный артрит впервые установленный с поражением левого тазобедренного сустава, серопозитивный, быстро прогрессирующее течение, активность II, R стадия II, ФН. Полисерозит (перикардит, плеврит, асцит). Хроническая нормохромная анемия тяжелой степени. Хронический лекарственный гепатит, умеренная степень клинко-биохимической активности. ГЭРБ, эрозивная форма, степень А по Лос-Анджелеской классификации.

Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

В терапевтическом отделении пациент получал лечение: ингибиторы протонной помпы, диуретики, антибактериальная терапия, преднизолон 5 мг – 6 таблеток утро, 4 в обед, гептрал 400 мг + Sol NaCl 0,9% 100,0 в/в капельно. На фоне проводимой терапии состояние пациента улучшилось: спали отеки на нижних конечностях, исчезли явления асцита, плеврита, боль в области левого тазобедренного сустава значительно уменьшилась (пациент стал передвигаться самостоятельно без трости).

В настоящее время пациент находится под наблюдением ревматолога и получает адекватную терапию заболевания.

Заключение

Таким образом, представленная клиническая демонстрация характеризует особенности впервые выявленного ревматоидного артрита у молодого мужчины, с поражением левого тазобедренного сустава, дебют которого был связан с травматическим повреждением данного сустава, протекал с выраженными системными проявлениями заболевания в виде полисерозита, гепатоспленомегалии, анемии, поражения легких, лихорадки и был ассоциирован с лекарственным поражением печени на фоне приема больших доз нестероидных противовоспалительных препаратов.

Литература

1. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Амирджанова В.Н. Особенности диагностики ревматоидного артрита в реальной клинической практике. Науч-практич ревматол. 2011; 1: 21–26. / Galushko EA Erdes Sh.F., Amirjanova V.N. Features of diagnosis of rheumatoid arthritis in clinical practice. Nauchno-practicheskaya revmatologia. 2011; 1: 21–26. [In Russian]
2. Салугина С.О. Функциональный статус и качество жизни взрослых больных ювенильным артритом при длительном течении заболевания. Совр. ревматол 2011; 1: 33–39. / Salugina S.O. Functional status and quality of life of adult patients with juvenile arthritis in the long-term course of the disease. Sovrem. Revmatol. 2011; 1: 33–39. [In Russian]
3. Гончар Г.А. Гендерные особенности течения ревматоидного артрита. Практична медицина. 2013; 2 (10): 75–79. / Gonchar G.A. Gender peculiarities of rheumatoid arthritis. Practichna medicina. 2013; 2 (10): 75–79. [In Russian]
4. Назаров Б.Д., Саидов Е.У., Халилова Д.А. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, индикаторы неблагоприятного течения. Науч-практич ревматол. 2012; 50 (6): 45–49. / Nazarov B.D., Saidov Yo.U., Khalilova D.A. et al. Rheumatoid arthritis with systemic manifestations: diagnosis, indicators of an unfavorable course. Nauchno-practicheskaya revmatologia. 2012; 50 (6): 45–49. [In Russian]
5. Насонова В.А., Алекберова З.С., Сайковский Р.С. и др. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, клиника. Тер арх. 1988; 7: 98–103. / Rheumatoid arthritis with systemic manifestations: its diagnosis and clinical aspects. Ter Arch. 1988; 7: 98–103. [In Russian]

Сведения об авторах

Ахмедов Вадим Адильевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет МЗ России, Омск

Смирнова Татьяна Вячеславовна – заместитель главного врача по терапевтической помощи БУЗОО КМСЧ № 9 города Омска

Гаус Ольга Владимировна – ассистент кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет МЗ России, Омск

Курганский Сергей Дмитриевич – врач терапевтического отделения БУЗОО КМСЧ № 9, Омск

Манскова Анна Михайловна – врач терапевтического отделения БУЗОО КМСЧ № 9, Омск

Полыга Евгения Александровна – врач терапевтического отделения БУЗОО КМСЧ № 9, Омск