

Классические признаки системного заболевания

45-летняя женщина поступила в стационар с жалобами на боль в суставах, возникшую 6 нед назад, ночную потливость и покраснение кожи в области передней поверхности обеих лодыжек, которое сопровождалось болезненностью при надавливании. Других жалоб, в том числе со стороны органов дыхания, не предъявляла. Заграничные поездки в последнее время отрицает.

При обследовании обнаружены припухлость локтевого сустава, суставов запястья и голени, сыпь и гиперемия на передних поверхностях обеих лодыжек, болезненность при пальпации в этой области (рис. 1). При общем обследовании других изменений не выявлено. Результаты анализов крови при поступлении: повышение уровня ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) до 113 ед/л (норма 27-100 ед/л), другие показатели в норме. Рентгенография органов грудной полости представлена на рисунке 2. Через 4 мес симптоматической терапии больная отметила улучшение, уровень АПФ снизился до 24 ед/л.



Рис. 1. Сыпь и гиперемия на передних поверхностях обеих лодыжек



Рис. 2. Рентгенография органов грудной полости

Вопросы

1. О чем свидетельствует поражение кожи? Какой наиболее вероятный диагноз у пациентки?
2. Какое значение имеют результаты анализа крови?
3. Опишите изменения на рентгенограмме органов грудной клетки.
4. Какие другие поражения кожи можно наблюдать при данном заболевании?
5. Представьте дальнейший алгоритм диагностики и терапии пациентки.

Ответы и обсуждение на стр. 61.

dia^{thera}®

Индикатор ИГД-02 "ПРА"

Уникальность
Качество
Комфорт

Измерение внутриглазного
давления через веко

- Без контакта с роговицей
- Без риска инфицирования
- Без анестезии
- Без стерилизации



Свидетельство о государственной регистрации МЗ Украины № 6933/2007

«МЕДТЕХНАБ»

г. Киев
тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД
тел.: +7 (4912) 29-84-53
факс: +7 (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru
www.grpz.ru

Классические признаки системного заболевания

Вопросы на стр. 41.

Ответы

1. На передней поверхности обеих лодыжек отчетливо видна ограниченная область массивной эритемы. Область покраснения слегка возвышается над поверхностью неизменной кожи. Аналогичные кожные изменения отмечены на разгибательной поверхности левого колена. Наиболее вероятно в данном случае описаны проявления узловой эритемы (erythema nodosum) — одного из наиболее частых клинико-патологических вариантов панникулита. Типичная картина узловой эритемы характеризуется острым началом; внезапным появлением симметричных, напряженных, эритематозных, теплых на ощупь узелков и приподнятых бляшек, чаще всего на голени, коленях, лодыжках. Узелки (от 1 до 5 см и более в диаметре) обычно расположены билатерально. Повреждения локализируются в основном на разгибательных поверхностях нижних конечностей и характеризуются спонтанными регрессиями без язвообразования, рубцов и атрофии. Рецидивы бывают редко.

Узловая эритема является проявлением кожной реактивности, которая запускается множеством различных стимулов, в том числе:

- туберкулезом;
- воспалительными заболеваниями кишечника;
- инфекциями дыхательных путей (стрептококком);
- саркоидозом;
- приемом различных медикаментов (в том числе сульфаниламидных препаратов, пероральных контрацептивов);
- реже — вирусными, грибковыми инфекциями, атипичной бактериальной флорой и др.

2. Повышение уровня АПФ является неспецифическим маркером саркоидоза. Уровень данного фермента может также использоваться для контроля активности заболевания и ответа на лечение. В данном клиническом

случае уровень АПФ у женщины нормализовался в течение 4 мес терапии, что соответствовало симптоматическому и клиническому улучшению.

Другим лабораторным показателем саркоидоза является повышение содержания кальция в сыворотке крови. Гиперкальциемия может встречаться при других состояниях, поэтому данный показатель должен оцениваться параллельно с другими маркерами заболевания. Гиперкальциемия при саркоидозе хорошо купируется стероидами.

3. На рентгенографии органов грудной полости можно увидеть двустороннюю лимфаденопатию прикорневых лимфатических узлов. Признаков интерстициальной патологии легких не обнаружено. В таких случаях следует проводить дифференциальный диагноз со злокачественными новообразованиями, лимфомой, туберкулезом и саркоидозом.

Этапность поражения легких при саркоидозе можно классифицировать следующим образом:

- стадия 0 — рентгенография без изменений;
- стадия 1 — двустороннее поражение прикорневых лимфатических узлов;
- стадия 2 — диффузные инфильтративные изменения в ткани обоих легких плюс двусторонняя прикорневая лимфаденопатия;
- стадия 3 — выраженное диффузное инфильтративное заболевание легких, фиброз.

4. Все клинические признаки, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований указывают на наличие у больной саркоидоза. Это системное заболевание, при котором могут поражаться многие органы и системы, с образованием в пораженных тканях гранул — ограниченных очагов хронического воспаления. В настоящее время причина саркоидоза неизвестна.

Для установления диагноза острого саркоидоза следует учитывать триаду симптомов: узловатую эритему,

боль в суставах и двустороннюю лимфаденопатию прикорневых лимфатических узлов. Эта триада симптомов у больных саркоидозом носит название синдрома Лефгрена. Кроме узловой эритемы, при саркоидозе могут наблюдаться другие разновидности поражения кожи, в том числе:

- lupus pernio (от лат. pernio — обмороженное место) — дерматоз, характеризующийся появлением плоских или несколько выступающих над уровнем кожи плотных очагов поражения различных размеров, синюшных и холодных на ощупь, которые локализируются, как правило, на лице (вокруг носа), реже на кистях, стопах, ягодицах;
- рубцовая алопеция — деструкция волосяных фолликулов и формирование фиброзной ткани;
- гранулематозная инфильтрация ткани рубцов, шрамов.

5. План дальнейшего обследования должен основываться на клинических признаках заболевания у каждого конкретного пациента. Определение функции легких, оценка диффузионной способности и проведение компьютерной томографии грудной клетки с высоким разрешением играют важную роль при наличии у больного каких-либо симптомов со стороны органов дыхания.

Лечение саркоидоза в большинстве случаев заключается в назначении стероидной терапии. Учитывая то, что заболевание в некоторых случаях способно самостоятельно разрешаться, иногда можно ограничиться наблюдением, не назначая лечение. Как правило, заболевание поддается адекватному контролю.

В этом клиническом случае прогноз заболевания у пациентки благоприятный.

<http://student.bmj.com/student/archive.html>

Подготовила **Ольга Татаренко**