

## В ПОИСКАХ «ЗОЛОТОЙ СЕРЕДИНЫ ДИАГНОСТИКИ (СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА)

Романчук Л. Н. (lydrom45@yandex.by), Чирко М. М. (chi\_mike@mail.ru)

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*Приводится к рассмотрению клинический случай диагностики неспецифического аортоартериита как пример необходимости тщательного анализа полученных данных объективного обследования пациента с выявлением клинических диагностических критериев, наличие которых является основанием для своевременного направления пациента на проведение современных лабораторно-инструментальных методов обследования. Целевое направление для верификации диагноза с применением современных инструментальных методов обследования необходимо для раннего назначения терапии. Ранняя верификация диагноза и назначение лечения позволяет стабилизировать воспалительный процесс, избежать развития осложнений, а также организовать проведение профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания, что является социально значимым.*

**Ключевые слова:** диагностические критерии, клиническое обследование, лабораторно-инструментальные методы обследования, методики диагностики, неспецифический аортоартериит, постановка диагноза.

В настоящее время в распоряжении практикующих врачей появилось множество новых методик диагностики и лечения заболеваний. Отмечается бурный рост количества и качества медицинской техники, прежде всего диагностической. Благодаря наличию современных лабораторно-инструментальных методов обследования, врачу гораздо легче выставить правильный диагноз и назначить своевременное лечение. Однако при таком выборе методов обследования пациентов имеется ряд объективных недостатков. Во-первых, некоторые методы обследования, а также оборудование, на которых они проводятся, являются дорогостоящими. Во-вторых, для правильного проведения и адекватной оценки результатов нужны квалифицированные специалисты, организация обучения которых также требует больших капиталовложений. В-третьих, проведение некоторых обследований, несмотря на их высокотехнологичность, представляет в той или иной степени опасность для пациента (инвазивность, облучение). И, наконец, важнейшим является то, что эти методы не отменяют, а лишь дополняют уже имеющиеся методы диагностики и лечения заболеваний. По-прежнему основу диагностики подавляющего большинства заболеваний взрослого населения составляют беседа с пациентом и его физикальное обследование согласно канонам пропедевтики, что позволяет выставить правильный диагноз в 50-70% случаев. [5]

Таким образом, на этапе постановки диагноза современная медицина столкнулась с двумя крайностями. С одной стороны, у ряда врачей происходит преувеличение значения объективного обследования пациента и некоторое пренебрежение дополнительными методами обследования. Это чаще касается наиболее распространённых заболеваний и может приводить к неточной формулировке диагноза, а также «просматриванию» других, схожих по основным клиническим проявлениям, заболеваний. С другой стороны, наблюдается вторая крайность, когда врачи, особенно с небольшим стажем работы, уповают на дополнительные лабораторно-инструментальные методы диагностики при недооценке сбора анамнеза и клинического обследования пациента. Такой подход приводит к необоснованному использованию дорогостоящего оборудования, перегружает лабораторную службу, запутывает и затягивает во времени ход диагностического поиска. Часть дефектов физикального обследования может быть обусловлена спешкой или невнимательностью врача, а часть

связана с недостаточным владением методиками пропедевтики. Чаще это касается так называемых «трудных» диагнозов. К числу таких заболеваний относятся системные васкулиты. Задача врача заключается в поиске той самой «золотой середины» для того, чтобы выставить верный диагноз и избежать необоснованных методов обследования пациентов.

### Результаты и обсуждение

В качестве примера приводим случай постановки диагноза пациентке К. Пациентка К., 56 лет, поступила в УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» 10.12.2014 г. с жалобами на быструю утомляемость и боли в мышцах верхних конечностей при работе с фиксированными вверх руками, чувство онемения верхних конечностей, ограничение движения и боли в плечевых, тазобедренных, коленных суставах, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, общую слабость. В течение 6 лет пациентка периодически обращалась за медицинской помощью по поводу артериальной гипертензии. Назначаемые препараты (ингибиторы АПФ) принимала эпизодически, по уровню артериального давления. По анализу амбулаторной документации: в 2011 г. впервые появились жалобы со стороны брахиоцефальной зоны. При обращении к хирургу поликлиники с жалобами на боли в левом плече с иррадиацией по всей руке, боли в шейном отделе позвоночника и левом плечевом суставе, боли в левом коленном суставе был выставлен диагноз: вертеброгенная цервикобрахиалгия слева 1-2 ст., гонартроз слева. Лечение нестероидными противовоспалительными препаратами проводилось амбулаторно. В связи с недостаточной эффективностью лечения, нарастанием симптоматики заболевания пациентка неоднократно проходила лечение в стационарах:

- 2012 г. (26.07-03.08) – Ревматическая полимиалгия, активность 3, среднетяжелое течение. Спондилез грудного отдела позвоночника. Первичный остеоартроз коленных суставов. Р2.
- 2012 г. (23.08-05.09) – Реактивный артрит, активность 2 ФК 1. Первичный остеоартрит с поражением крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей ФК 1. Плечелопаточный периартроз.
- 2012 г. (02.10-12.10) – Недифференцированный коллагеноз. Первичный остеоартроз с преимущественным поражением крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей ФК1.
- 2013 г. (22.02-28.02) – Полимиозит, вероятно, вторичного генеза. Первичный остеоартроз с преимуще-

шественным поражением крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей ФК1.

• 2013 г. (30.08-13.09) и 2014 г. (14.02-28.02) – Реактивный артрит (хламидиоиндуцированный – *chlamydia pneumoniae*).

Пациентка при ухудшении состояния принимала нестероидные противовоспалительные препараты, периодически короткими курсами получала системные глюкокортикоиды – метилпреднизолон. Настоящее ухудшение отмечала постепенно в течение месяца – нарастание болевого синдрома в мышцах верхних конечностей, чувство онемения рук, появление лихорадочного синдрома.

При объективном обследовании при поступлении выявлено следующее. Общее состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 29,7. Пульс на лучевых артериях не определяется. Ритм сердца правильный, 1 тон приглушен, акцент 2 тона во втором межреберье справа. Частота сердечных сокращений 103 в минуту, артериальное давление (АД) на обеих руках не определяется. Отмечается болезненность в зоне наложения манжетки при измерении АД. АД на нижних конечностях 180/100 мм рт. ст. Определяется систолический шум при аускультации в проекции сонных, подключичных артерий. Со стороны органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной системы патологических изменений не выявлено.

*Результаты лабораторных и инструментальных исследований.* Общий анализ крови: лейкоциты  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 50%, эозинофилы 2%, лимфоциты 27%, моноциты 10%, тромбоциты  $500 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 105 г/л, СОЭ 60 мм/ч. Общий анализ мочи: плотность – 1025, белок – нет, сахар – отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, pH 6,0. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,9 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, мочевины – 8,0 ммоль/л, креатинин – 93 ммоль/л, общий билирубин – 15,7 ммоль/л, АсАТ – 26 ЕД/л, АлАТ – 38 ЕД/л, ЛДГ – 170 ммоль/л, КФК – 42 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, триглицериды – 1,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,6 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, индекс атерогенности – 2,6, Na – 144,3 ммоль/л, K – 4,5 ммоль/л, Cl – 106,5 ммоль/л. Коагулограмма: АЧТВ – 31,0, МНО – 0,9, ПИ – 1,06, НТ – 32%. Протеинограмма: альбумин – 45,8%, альфа-1-глобулины – 3,47%, альфа-2-глобулины – 17,07%, бета-глобулины – 16,99%, Гамма-глобулины – 16,63%. Рентгенография органов грудной клетки: без видимой патологии. Эхокардиография: ФВ = 64%, МЖП=(д)13 мм(с)=17 мм, ЗС(д)=12 мм, ЗС(с)=16 мм, ЛЖ=48 мм (конечно-диастолический), 31 мм (конечно-систолический), ЛП=30 мм, сократимость – нормокинез. Заключение: Атеросклероз аорты. Незначительная гипертрофия стенок ЛЖ. Зон гипокинеза нет. Размеры камер сердца не увеличены. Сократимость миокарда удовлетворительная. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брахиоцефальных артерий, заключение: Геометрия хода брахиоцефальных артерий не нарушена. Стенотического поражения не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости патологических

### Литература

1. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий / Российский согласительный документ. – Москва. – 2013. – 65 с.
2. Дядык, А.И. Артериит Такаюсу / А. И. Дядык, С. Р. Зборовский // Здоровья України. – 2012. – Тематический

изменений не выявлено. Электрокардиография (ЭКГ), заключение: Ритм синусовый, регулярный, тахикардия. Положение электрической оси сердца – нормальное. Признаки гипертрофии левого желудочка.

После проведения объективного и необходимого лабораторного и инструментального обследования был выставлен предварительный диагноз: Неспецифический аортоартериит с преимущественным поражением сосудов верхних конечностей (дуги аорты?).

Неспецифический аортоартериит (НАА) – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся гранулематозным воспалением аорты и магистральных артерий. [1] Синдром поражения ветвей дуги аорты – наиболее частое проявление НАА. Диагностические критерии постановки диагноза НАА (W. P. Arend и соавт., 1990):

1. Возраст моложе 40 лет.
2. “Перебегающая” хромота конечностей.
3. Ослабление пульса на лучевой артерии.
4. Разница АД на правой и левой руках более 10 мм рт. ст.
5. Шум на подключичных артериях или брюшной аорте.
6. Изменения при ангиографии. [3]

Пациентка К. 19.12.2014 г. направлена в ангиохирургическое отделение УЗ «ГОКБ» для проведения ангиографического исследования с целью подтверждения предварительного диагноза. Показанием для направления на дополнительное обследование стало выявление 4-х из 6-ти диагностических критериев: 1. Перебегающая хромота верхних конечностей. 2. Отсутствие пульса на обеих лучевых артериях. 3. Невозможность измерить АД на обеих верхних конечностях. 4. Систолический шум на сонных, подключичных артериях.

После дообследования предварительный диагноз был подтвержден. Путь от первичного обращения пациентки до постановки окончательного диагноза составил около 4 лет.

### Выводы

1. При обследовании каждого пациента необходимо уделять должное внимание объективной симптоматике и, систематизируя полученную информацию, принимать обоснованное решение о применении дополнительных методов обследования.
2. Практически при любом «трудном» заболевании можно выявить клинические диагностические критерии, наличие которых является основанием для своевременного направления пациента для проведения современных лабораторно-инструментальных методов обследования.
3. Раннее целевое направление для верификации диагноза позволяет своевременно назначить терапию, стабилизировать воспалительный процесс, избежать развития сосудистых осложнений, а также организовать проведение профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания, что является социально значимым для снижения нетрудоспособности и смертности лиц молодого возраста.

### Literatura

1. Nacional'nye rekomendacii po vedeniyu pacientov s zabolevanijami brahiocefal'nyh arterii / Rossiiskii soglasitel'nyi dokument. – Moskva. – 2013. – 65 s.
2. Djadyk, A.I. Arteriit Takajasu / A. I. Djadyk, S. R. Zborovskii // Zdorovja Ukraïni. – 2012. – Tematicheskii

выпуск «Кардиология». – С. 60-61.

3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов / Ассоциация ревматологов России. - Москва. - 2014. - 29 с.

4. Чихладзе, Н. М. Клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы при неспецифическом аортоартериите / Н. М. Чихладзе, О. А. Сивакова, И. Е. Чазова // Системные гипертензии. -2008. - № 4. – С. 22.

5. Эльштейн, Н. В. Диагностические ошибки интернистов. Общие аспекты / Н. В. Эльштейн // РМЖ. – 1998. - № 1. – С. 6.

vyпуск «Kardiologija». – S. 60-61.

3. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu sistemnyh vaskulitov / Associacija revmatologov Rossii.- Moskva. - 2014. - 29 s.

4. CHihladze, N. M. Klinicheskie projavlenija porazhenija serdechno-sosudistoi sistemy pri nespecificheskom aortoarteriite / N. M. CHihladze, O. A. Sivakova, I. E. CHazova // Sistemnye gipertenzii. -2008. - № 4. – S. 22.

5. Yel'shtein, N. V. Diagnosticheskie oshibki internistov. Obshie aspekty / N. V. Yel'shtein // RMZh. – 1998. - № 1. – S. 6.

## IN SEARCH FOR "GOLDEN MEAN" IN DIAGNOSTICS (CASE OF EARLY DIAGNOSIS OF NONSPECIFIC AORTOARTERITIS)

Romanchuk L. N., Chirko M. M.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

---

*Clinical case of nonspecific aortoarteritis is described as an example of the need for careful analysis of the received data obtained by the patient's physical examination with the identification of clinical diagnostic criteria, the presence of which is the basis for the early prescription of a modern laboratory and instrumental examination methods. The target point for the verification of the diagnosis with modern instrumental methods of examination is necessary for early treatment. Early verification of diagnosis and prescription of treatment allows to stabilize the inflammatory process, avoid complications, as well as to prevent further progression of the disease, which is socially significant.*

**Keywords:** diagnostic criteria, clinical examination, laboratory and instrumental methods of examination, methods of diagnostics, nonspecific aortoarteritis, establishing diagnosis.

---

Поступила: 09.03.2016

Отрецензирована: 18.05.2016