

*Гаевая О. А., Кекух Д. П., Ткаченко В. И.*

## **СМЕШАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Ткаченко В.И.*

*Кафедра семейной медицины*

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г.*

*Киев, Украина*

**Актуальность.** Смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ) - клинико-иммунологический синдром, проявляющийся сочетанием отдельных признаков различных ревматических заболеваний с наличием антител к ядерному рибонуклопротеиду (РНП) и часто вызывает трудности диагностики, особенно в практике семейного врача. Частота встречаемости СЗСТ 2:100 000, чаще у женщин репродуктивного возраста, в соотношении с мужчинами - от 9: 1 до 16: 1. Обычно диагностика СЗСТ затягивается в среднем на 3,6 лет от появления первых симптомов заболевания, так как заболевание имеет медленно прогрессирующий характер.

**Цель исследования:** представить клинический случай смешанного заболевания соединительной ткани в практике семейного врача.

**Материалы и методы:** больная С., 1970 года рождения, обратилась к семейному врачу с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 38,7 °С в ночное время в течение 3-5 дней ежемесячно последние полгода, одышку, кашель, боли за грудиной давящего характера, головные боли, головокружение, выраженные отеки нижних конечностей, боли в коленных и мелких суставах кистей, боли и слабость в проксимальных мышцах верхних и нижних конечностей, периодические высыпания на коже в виде крапивницы. Рентгенологически выявлено затемнение легочного рисунка, без положительной динамики после курса антибиотикотерапии. Назначены методы исследования: лабораторные (общеклинический и биохимический анализы крови, ревмопробы, пакет исследований крови на 12 показателей «Системные заболевания», анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты, малярию), инструментальные (ЭКГ, Эхо-КГ, КТ органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография коленных суставов).

**Результаты:** обнаружено в анализе крови - Нв-84 г/л; лейкоциты -  $2,6 \times 10^9$  /л, СОЭ - 56 мм/ч, АлАТ - 102 ед/л; АсАТ - 110 ед/л; ревмопробы: СРП - 46,3 мг/л, РФ и АСЛ-О - в пределах нормы. IgG к RNP - 6,9 (норма до 1), все другие антитела - отрицательные. По данным КТ ОГП - признаки артериальной легочной гипертензии, диффузный интерстициальный процесс в легких с признаками фиброзирования, медиастинальная лимфаденопатия, гидроперикард, гидроторакс, спленомегалия. ЭхоКГ - увеличение левого предсердия, правого желудочка, выраженная легочная гипертензия, диастолическая дисфункция по рестриктивному типу, гидроперикард (1,6 см циркулярно). ЭКГ - отклонение электрической оси сердца вправо, синусовая тахикардия - 150 в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Установлен диагноз: СЗСТ, активная фаза, активность III ст., с поражением сердца (кардиомиопатия, экссудативный перикардит, синусовая тахикардия, СН IIА-IIБ), легких (пневмофиброз, интерстициальная пневмония), кожи (дерматит), ретикулоэндотелиальной системы (лимфаденопатия, рецидивирующая лихорадка, спленомегалия), суставов (артралгии, неэрозивный артрит), мышц (миалгия), с положительными анти-РНП-антителами, вторичная анемия. Проведено лечение: метилпреднизолон 250 мг в/в капельно №5 с последующим переходом на пероральный прием 12 мг, НПВП и симптоматическая терапия. На фоне проведенного лечения состояние больной улучшилось, начали нормализоваться показатели периферической крови и СРП. Рекомендовано дальнейший прием метилпреднизолона в средней терапевтической дозе.

**Выводы.** Встречая подобную описанной клиническую симптоматику, семейный врач должен помнить о возможности СЗСТ, дообследовать больного, направить к ревматологу и своевременно назначить терапию для обеспечения адекватного контроля заболевания, снижения темпов его прогрессирования и улучшения прогноза.