

РЕВМА ТОЛОГИЯ по ПОЛОЧ КАМ

ДОЛГОЖДАННОЕ
ПРОДОЛЖЕНИЕ

СОПУТСТВУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ,
ОСЛОЖНЕНИЯ
И ЗАПУТАННЫЕ
СЛУЧАИ

СУСТАВЫ
МЫШЦЫ
ПОЗВОНОЧНИК

ЕСЛИ
ЛЕЧЕНИЕ
НЕ ПОМОГАЕТ

ЕЛЕНА
ВЫСТАВКИНА

врач-ревматолог, К.М.Н.

ЕСЛИ
ДИАГНОЗ
НЕ ЯСЕН

МЕДИЦИНСКИЙ
СЕРИАЛ ВНУТРИ



БОМБОРА

Выставкина Елена. Понятная ревматология
от известного врача и популярного блогера

Елена Выставкина

**Ревматология по полочкам.
Сопутствующие болезни,
осложнения и запутанные случаи**

«ЭКСМО»

2023

УДК 616-002
ББК 55.5

Выставкина Е.

Ревматология по полочкам. Сопутствующие болезни, осложнения и запутанные случаи / Е. Выставкина — «Эксмо», 2023 — (Выставкина Елена. Понятная ревматология от известного врача и популярного блогера)

ISBN 978-5-04-193098-1

Елена Выставкина — врач-ревматолог, кандидат медицинских наук, автор популярного блога о ревматологии. В новой книге автор рассматривает ревматологические болезни в комплексе с другими заболеваниями и факторами. А также более подробно и глубоко разбирает ревматологические диагнозы. Книга поможет разобраться в том, стоит ли использовать разогревающие мази и придерживаться аутоиммунного протокола, чем опасны клизмы и для чего в ревматологии используют гормоны. Объяснит, как влияют на суставы ОРВИ, воспалительные заболевания кишечника, коронавирус и другие болезни. В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

УДК 616-002
ББК 55.5

ISBN 978-5-04-193098-1

© Выставкина Е., 2023
© Эксмо, 2023

Содержание

Предисловие	7
Введение	8
Часть I	9
Глава 1	9
История 1	10
Глава 2	13
История 2	18
Глава 3	26
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Елена Выставкина

Ревматология по полочкам: сопутствующие болезни, осложнения и запутанные случаи

Под научной редакцией Киры Зоткиной, ревматолога Lahta clinic, мл. научного сотрудника НМИЦ В. А. Алмазова

Это я тот самый пациент, который «Леночка, прости, что звоню, только когда что-то беспокоит». Хотя люблю всем сердцем, запоем читаю каждое слово в блоге, бесконечно доверяю, обожаю и уважаю. Я так счастлива, что мой друг, мой проводник в мире медицины еще и такой талантливый писатель. Книгу прочитала залпом: и посмеялась, и порыдала, и нашла у себя симптомы всех болезней, и поставила диагноз самостоятельно. Шучу. Спасибо за эту... нет, не приоткрытую шторку, а распахнутую дверь в мир ревматологии!

ОЛЬГА ЧЕПУРНАЯ,

журналист, редактор, блогер @dechkin_durdum

Ревматологические заболевания встречаются редко, адекватной информации о них мало, поэтому очень важно рассказывать о таких болезнях понятным языком. Автор книги настолько захватывающе рассказывает о ревматологии, что это будет интересно даже человеку, далекому от медицины! В то же время коллеги найдут массу полезного для себя. Рекомендую к прочтению всем!

КИРА ЗОТКИНА,

ревматолог Lahta clinic, мл. научный сотрудник НМИЦ им. В.А. Алмазова

В английском языке есть понятие «эдьютейнмент» – сочетание образования (эдюкейшн) и развлечения [энтертейнмент].

В русском языке этого понятия пока нет, а вот явление есть.

Развлечение + обучение – лучший способ запомнить и понять новое. И книга Елены Выставкиной доказывает это самым фактом своего существования. Она одновременно и образовательная, и развлекательная. Причем развлекательная настолько, что от нее невозможно оторваться даже человеку, у которого нет ни ревматологического диагноза, ни медицинского образования.

Казалось бы, такой читатель – не целевая аудитория Елены, но... книга-то полна загадок и разгадок! Она хватает человека за его любопытство и не отпускает до последней страницы. Словом, если вы думаете, читать или не читать, – читать обязательно. Получите и удовольствие, и медицинские знания. Пусть они вам никогда не пригодятся, но... кто знает?

СВЕТЛАНА ИКОННИКОВА,

писатель, тренер онлайн-школы Нины Зверевой



© Выставкина Е.А., текст, 2023

© Давлетбаева В.В., иллюстрации, 2023

© Лена Кечеджиева, фото, 2023

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2023

Предисловие

Здравствуйте, мой дорогой читатель! Я очень рада, что вы держите в руках мою книгу. Она уже вторая в серии «Понятная ревматология». Как и первая моя книга «Ревматология по косточкам», эта книга – тоже зебра.

В ней чередуются теоретические и практические главы. За главой с описанием симптома или диагноза следует история пациента, который столкнулся с этой проблемой. Мои дети назвали информационные главы «пояснительной бригадой». Пожалуй, это самое точное определение.

Хочу признаться: главная причина того, что я когда-то начала писать о медицине – не в научных журналах, а в соцсетях, а потом и в книгах, – это потеря доверия между врачами и пациентами.

Так случилось, что «мы» и «они» разошлись по разные стороны ринга. Врачи отчитывают пришедших к ним на прием – пациенты не договаривают, скрывают информацию. Врачи не уделяют внимание важным нюансам – пациенты не выполняют рекомендации. Врачи настаивают на лечении – пациенты подозревают их в финансовой заинтересованности. Врачи не дают направления на бесплатные анализы – пациенты устраивают скандалы.

Удар, удар, туше.

За взаимными упреками и выпадами забылось главное. Задача у врача и пациента – общая. Цель врача – помочь. Цель пациента – эту помощь получить.

Все это может произойти, если врач и пациент будут союзниками. Если хотите, сообщниками. Будут доверять друг другу. Объединятся против болезни. Начнут разговаривать.

Нет никаких «мы» и «они». Есть команда.

Мне бы очень хотелось, чтобы мои книги стали тем самым словарем-переводчиком с медицинского на человеческий. На «пациентский».

Мне кажется, если мы начнем говорить на одном языке, всем нам – и врачам, и пациентам – будет легче услышать друг друга.

Введение

О чем эта книга?

О ревматологических заболеваниях: артритах всех мастей, заболеваниях позвоночника, аутоиммунных заболеваниях. О том, как их распознать, что с ними делать. И что более важно – как все эти заболевания переживают люди. Пациенты с диагнозами.

Чем отличается эта книга от первой «Ревматологии по косточкам»?

Эта книга не только о ревматологических заболеваниях. Мы с вами посмотрим шире. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца – хронических заболеваний много, и они повсюду. Вы можете и сами продолжить этот список.

Ревматология не сферический конь в вакууме. Она существует бок о бок с другими проблемами:

- хроническими заболеваниями;
- врожденными особенностями;
- индивидуальными нюансами.

Именно поэтому эта книга называется «Ревматология по полочкам». Мы пойдем дальше, чем в первой книге.

Разберем, как вычленять важные ревматологические симптомы среди других болезней. Узнаем, как сопутствующие диагнозы могут влиять на суставы, прятать нужные симптомы.

И снова – каждый диагноз и каждая «особая ситуация» будет сопровождаться совершенно реальной историей, которая случилась с пациентом на приеме у ревматолога. На приеме у меня.

Часть I

Ревматология в диагнозах

Глава 1

Недифференцированный артрит

Вот так диагноз!

Дословный перевод – «какой-то» артрит. Не определенный. Непонятный. Не подходящий ни под одно описание существующего артрита. Артрит есть. Какой-то.

Что за диагноз такой? Врач расписался в собственном незнании? Бессилии?

Существует ли такой диагноз?

Да, это абсолютно правомерный диагноз, который существует во всех странах мира.

Если артрит начинается не типично, если картина не укладывается ни в один из классических портретов других артритов, врач ставит именно этот диагноз.

Этот диагноз на всю жизнь?

Недифференцированный артрит за 6–12 месяцев трансформируется во что-то более определенное. За это время ревматолог скорректирует диагноз до определенного артрита:

- реактивного;
- ревматоидного;
- псориатического;
- подагрического и т. д.

Артрит не определенный, значит, и лечить не надо?

Недифференцированный артрит лечить нужно обязательно. Это шанс, что через год мы получим более благоприятный расклад с целыми суставами. Целыми структурно и функционально.

Правда ли, что недифференцированный артрит может превратиться в ревматоидный артрит?

Правда. Каждый третий пациент с недифференцированным артритом – это будущий пациент с ревматоидным артритом. Именно поэтому так важно своевременно начинать терапию, а не ждать, пока «гром грянет».

Во что еще может вылиться недифференцированный артрит?

Недифференцированный артрит может перейти в системные заболевания: полимиозит, волчанку, системную склеродермию, а также реактивный артрит. Недифференцированный артрит может закончиться и полным выздоровлением. Уже это стоит того, чтобы начать лечение вовремя.

Можно его не лечить, этот недифференцированный артрит?

Можно. Но мы потеряем время. Упустим окно возможности – те самые первые 12 месяцев от начала симптомов, когда наши действия имеют максимальную эффективность. Мы можем максимально быстро и качественно остановить заболевание, оборвать его течение. Это ли не чудо?

История 1

Артрит непонятного назначения



– Меня заставила прийти мама. Сразу говорю, я не считаю себя больным. У меня всего-то! Болит! Палец!

Мама моего нового пациента – Евгения Еремеевна – моя давняя пациентка с ревматоидным артритом. Давняя – еще из первой десятки моих пациентов. Мы с ней знакомы уже 16 лет. Последние пару лет мы встречаемся раз в полгода. Анализы хорошие. Суставы не болят. На снимках – статус-кво.

И вот у сына опух палец. Она-то знает, что такое негнушиеся кисти. Невозможность отрезать хлеб. Держать ложку.

– Положите обе руки на стол. А теперь переверните. Я буду сжимать суставы, а вы говорите, больно или нет.

– Не больно, не больно. И так... не больно, но неприятно. Можете дальше не проверять. Остальные не болят.

Но меня не остановить. Мне надо проверить все суставы.

Результат удивил пациента. Но не меня.

Межфаланговый сустав на кисти. Плюснефаланговый сустав на стопе. И лучезапястный сустав. Всего три.

На рентгене – идеальная норма. Нечасто я вижу норму на рентгене. Каждый раз вижу и радуюсь. Но не расслабляюсь.

В анализах – норма. Общий анализ крови, С-реактивный белок, аутоиммунные антитела – ревматоидный фактор, антитела к цитруллину и виментину.

– Ну вот, видите, я же говорил, маменька зря переживает. Я, конечно, пошел навстречу, но вижу, что наша встреча – простите за каламбур – напрасна.

Но я не согласна. Три болезненных сустава. Мама с ревматологическим диагнозом.

Начинаем собирать анамнез. Что было накануне? Совершенно спокойная размеренная жизнь. Офис – работа. Не было непривычных физических нагрузок. Не было ОРВИ и других инфекций.

Убеждаю Олега дообследоваться. Делаем УЗИ суставов кистей. Видим утолщение синовиальной оболочки в лучезапястном суставе.

Синовиальная оболочка разрослась так, что занимает весь сустав. Тревожный признак.

Паннус. Так называется агрессивное разрастание синовиальной оболочки. Ранний признак ревматоидного артрита.

Рассказываю об этом пациенту.

– Да ну, Елена Александровна. Вам везде мерещатся ревматоидные артриты. Я пошел, не обессудьте.

Знакомая ситуация. Затащили на прием человека, который не готов к диагнозу.

Мама виновато заглядывает в глаза и обещает поговорить с сыном. Уговорить. Надавить, в конце концов.

– Не надо давить, Евгения Еремеевна. Прижмет – сам придет. А надавите – так же убежит. Только время потратит. И мое, и ваше.

Евгения Еремеевна время от времени рассказывала мне новости о сыне.

Пошел проверять диагноз.

Снова сделали снимок. Ничего не нашли. Поставили артроз.

Пожал плечами, пошел в спортзал.

Ест коллаген.

Не помогло.

Делает примочки. Какой-то авторский рецепт. Воняет спиртом на всю квартиру.

Судя по бессонным ночам, боль не уходит.

Долго продержался Олег. Два года.

Сдался, пришел на прием.

Левое запястье на снимке практически отсутствует, суставная щель очень узкая, местами почти неразличимая – пунктир, а не щель. Анкилоз. Всего за два года!

– Какие суставы болят сейчас, Олег?

Мы насчитали 28 болезненных суставов.

– Долго вы продержались...

– Да вы знаете, Елена Александровна, временами казалось, что болезнь отступает. Я же разные методы пробовал. И питание по протоколу, и китайские травяные капсулы...

Увидев, что я не стою с ремнем и осуждением, Олег разговорился.

– Вот на капсулах было совсем хорошо с суставами. Перестали болеть, перестали припухать. Но потом... – Он невесело усмехнулся. – Стал замечать, что лицо стало опухать. Щеки как у хомяка. И живот.

Я приподняла брови. Централизация жировой ткани – выросшие живот и щеки – признак того, что в организме много глюкокортикоидов. Гормона преднизолон, или аналогов. О чем и я сказала Олегу.

– Да, меня уже просветили мои аутоиммунщики. Я нашел, где отдать капсулы на анализ, отправил почтой в Москву. Какой ответ получил, сами понимаете.

Я кивнула. Частая история, когда в красивых баночках с иероглифами оказываются гормоны. А на этикетке нарисованы травки.

– Я подозревал конечно. Но когда получил заключение, меня накрыло. И ведь ни к кому претензий не предъявишь... В общем, отменил я их себе. И буквально через сутки меня скрутило. Встать с кровати не мог. Колени, стопы... Казалось, каждая косточка болит.

Могу представить. Резкая отмена гормонов дает страшный рикошет. Тем более мы не знаем, какая именно доза была в тех капсулах.

– В общем, сейчас я на двух обезболивающих, но они, как видите, особо не помогают.

– Вижу. Ну что, тогда в бой.

Я назначила метотрексат – тот самый, с которого мы собирались начать два года назад. И нам пришлось обратиться к гормонам. Не к капсулам с неизвестным составом, конечно, нет, а к стандартным таблеткам.

– Елена Александровна, может, обойдемся без них? Слезать потом с них, через этот ад проходить...

– Можем без них. Но тогда вам жить в этой боли еще два-три месяца. Ровно столько накапливается метотрексат. Сейчас вы принимаете два сильных противовоспалительных препарата – и это очень увеличивает риски желудочно-кишечного кровотечения.

Олег вздыхает. Сомневается.

– А когда метотрексат заработает, с гормонов мы уйдем безболезненно. Будем уменьшать их по четвертушке в несколько дней, постепенно.

– Уговорили, Елена Александровна. Точнее, убедили. Читал я ваши посты, много чего читал. Понимаю, о чем вы.

Через три месяца уйти с гормонов не удалось. Мы попытались, но споткнулись на третьей четвертушке.

Я добавила второй базисный препарат – «Араву». Да, так можно.

– Печень-то моя выдержит эти эксперименты, Елена Александровна?

– Мы за ней присмотрим. Печеночные ферменты будем контролировать. Ну и схема совсем не экспериментальная, абсолютно рабочая и везде рекомендованная.

– Да знаю... – вздыхает Олег. – Читал... Просто обидно, что быстро не удалось от гормонов избавиться.

Еще через три месяца мы отменили гормоны – медленно, ступенечками, по четвертушке.

Печень себя чувствовала хорошо, в анализах воцарился порядок.

А еще через полгода из двух базисных препаратов мы оставили один. И это не обернулось обострением. Ни через месяц, ни через год.

Буду придирчива – объем движений в разрушенном запястье не удалось восстановить полностью. Да и немудрено – сустава там за два года не осталось.

Но нужно отдать должное Олегу, он стал выполнять кистевую гимнастику ежедневно. Энергия, направленная в мирное русло – не на соблюдение ненужных пищевых ограничений или прием 30 БАДов, – творила чудеса. Вернулась примерно половина объема движений в запястье. Для рабочей руки эти вернувшиеся градусы сгибаний и разгибаний были отнюдь не теоретическими.

– Ручку держу легко, по клавиатуре час-два легко стучу, тексты набираю. Ну и главное – за руку сына в садик вожу, сам, – улыбается Олег. – Только договорились, что он меня за руку не тянет, больновато при резких движениях. А он у меня знаете какой богатырь в пять лет?

Глава 2

Та самая волчанка

Читатели моего блога регулярно просят: «Напишите про волчанку!» А я не пишу. Почему? Признаюсь. О ней чертовски тяжело писать.

У волчанки десятки масок. На презентации моей первой книги в Москве среди гостей вечера была хрупкая женщина. Незнакомая мне. Когда она встала задавать вопрос, сказала о себе так: «Я тридцать пять лет искала свой диагноз. У меня – волчанка». По моей спине тогда пробежали мурашки. Тридцать пять лет!

И при этом у волчанки масса случаев гипердиагностики. Диагноз может выставляться, а потом... сниматься. И не потому, что доктор «не молодец». Когда ниже вы прочитаете список симптомов волчанки, думаю, ответ на этот вопрос будет ясен.

По моим ощущениям, скоро (а может, и не скоро) волчанка превратится в группу заболеваний в зависимости от того, какие органы поражаются агрессивнее всего. А поражать она может любые органы и системы.

Волчанка волчанке рознь. Кого-то она «съедает» за пять лет с потрохами – именно в этой формулировке, уж простите. А у кого-то 35 лет «ждет» своей правильной формулировки. Хотя последнее, честно скажем, большая удача.

Системная красная волчанка (СКВ) – а речь пойдет именно о ней – чаще нападает на женщин¹. Четыре из пяти пациентов с СКВ – женщины. И почему-то – не знаю, хоть убейте – именно пациентки с системной красной волчанкой любят бросать терапию и уходить в альтернативную медицину. Может быть, потому, что официальная медицина не радуется прогнозами:

- принимать лекарства всю жизнь;
- гормоны – почти наверняка – надолго;
- пациенту может становиться хуже – заболевание прогрессирующее.

Кому это понравится? Другое дело – обещания травников и аипэшников²!

Не ешь пасленовые, а ешь бульон – и никаких таблеток, НИКАКОЙ ХИМИИ – и заболевание исчезнет навсегда. Звучит заманчиво, не правда ли?

К сожалению, пассажи с отменой терапии заканчиваются обострением. А иногда – БОЛЬШИМ ОБОСТРЕНИЕМ. Такая история есть в моей первой книге.

А теперь почувствуйте себя доктором Хаусом. Ведь именно доктор Хаус филигранно замечал волчанку у пациентов.

В первой книге «Ревматология по косточкам» уже была глава, посвященная волчанке. В ней я кратко перечислила признаки этой болезни. Эта книга – «со звездочкой». И сейчас мы погрузимся в тонкости и нюансы этого заболевания более глубоко и подробно.

Итак, пока вы будете читать дальше, загибайте пальцы. В скольких симптомах вы заподозрили бы волчанку? А чтобы к концу перечисления вы не слегли с сердечным приступом от волнения, рядом с каждым пунктом я напишу и другие причины, которые могут вызывать подобные симптомы.

I. Поражение нервной системы

- **Судорожные приступы.** Особенно если они дебютируют у молодой пациентки.

¹ Дискоидная кожная волчанка ведется дерматологами. – Примеч. авт.

² АИП – аутоиммунный протокол, обещающий, что исключение ряда продуктов излечит аутоиммунное заболевание. Ложная информация, не нашедшая своего подтверждения в исследованиях. – Примеч. авт.

Перед тем как искать СКВ, необходимо исключить метаболические (нарушение обмена веществ, уровня электролитов – калия, натрия, кальция), инфекционные и лекарственные причины, эпилепсию.

- **Психоз.** Необходимо исключить другие признаки – уремию (накопление в крови продуктов азотистого обмена при нарушении функции почек), лекарственные причины, психиатрические заболевания.

- **Синдром органического поражения головного мозга** — нарушение ориентации, памяти, интеллектуальных показателей, внимания, речи, бессонница, сонливость.

Исключить метаболические, инфекционные, лекарственные и ишемические (нарушение кровотока) причины, психиатрические заболевания.

- **Моно-/полиневрит.** Исключить неврологические и другие ревматологические системные заболевания.

- **Миелит** — воспаление спинного мозга. Могут быть вызваны неврологическими заболеваниями (например, рассеянный склероз), инфекционными причинами (скарлатина, корь, грипп), или быть результатами гнойного процесса в позвоночнике.

- **Патология черепно-мозговых нервов** (а их 12 пар).

И снова стоит исключить инфекционные причины, дефицит некоторых витаминов (группы В), а иногда черепно-мозговые нервы могут быть сдавлены опухолью.

- **Периферическая нейропатия** – множественное поражение мелких нервных окончаний – нарушение чувствительности по типу «носков» и «перчаток».

Исключаем васкулиты, инфекции и сахарный диабет.

- **Острое нарушение сознания.**

Исключаем причины токсические, нарушение обмена веществ, уремию, лекарственные воздействия.

- **Нарушения зрения.** Это может быть патология сетчатки в рамках СКВ, кровоизлияния в сетчатку или сосудистую оболочку глаза, неврит зрительного нерва.

Исключаем гипертонию, метаболические, инфекционные, лекарственные причины и офтальмологические заболевания (глаукома, катаракта, увеиты и др.).

- **Головная боль** – длительно существующая или часто возникающая.

Исключить мигрень, головные боли напряжения.

- **Острое нарушение мозгового кровообращения – инсульт.**

Исключить атеросклероз как причину инсульта.

Инсульт у молодой женщины до 50 лет обязывает нас исключить не только волчанку, но и аневризмы сосудов, редкие генетические заболевания (болезнь Фабри), антифосфолипидный синдром. Об антифосфолипидном синдроме есть отдельная глава и история в «Ревматологии по косточкам».

II. Васкулит

Волчанка, как и многие ревматологические заболевания, агрессивно воздействует на сосуды. Васкулит в данном случае выступает не как отдельное заболевание, а как симптом – воспалительная реакция сосудистой стенки.

Последствия этого разнообразны и трагичны: язвы, гангрена, инфаркты ногтевого ложа, кровоизлияния.

III. Артрит

С вовлечением двух и более суставов, с отеком или выпотом, или болезненность двух и более суставов и утренняя скованность по крайней мере полчаса.

IV. Миозит – воспаление мышц

Боль или слабость в проксимальных группах мышц, расположенные максимально близко к корпусу – мышцы верхней части ног, области тазобедренных суставов, верхней части рук, области плечевых суставов.

Боли сочетаются с повышением ферментов – КФК/альдолазы. Также будут изменения по данным электронейромиографии (ЭНМГ), результатам биопсии (исследование кусочка мышцы пациента под микроскопом).

V. Поражение почек

Как заподозрить? По изменениям в общем анализе мочи:

- появление там цилиндров, эритроцитов (более 5 в поле зрения). Цилиндры – это отпечатки почечных канальцев, возникают при поражении почек;
- протеинурия – белок в моче > 0,5 г/сутки;
- лейкоцитурия (> 5 лейкоцитов в п. з.);
- Исключить бактериальную инфекцию в мочевыводящей системе.

VI. Сыпь – причем не только бабочка. Ниже рассмотрим варианты.

Кожа может поражаться по-разному:

- сыпь на скулах (та самая бабочка).

Обращаю ваше внимание на то, что бабочка – это СТОЙКАЯ сыпь, которая не исчезает за пять минут и видна ярко (в отличие от, например, розацеа или обычного румянца);

- буллезные высыпания – пузыри;
- макулопапулезная сыпь – плоские мелкие пятна;
- фотосенсибилизация – сыпь, возникающая в результате реакции на солнечный свет;
- псориазоподобные шелушащиеся повреждения, которые проходят без образования рубцов, но с возможной депигментацией (осветление участков кожи) или телеангиэктазиями (расширением поверхностных мелких сосудов);
- капилляриты – воспаление стенок мелких сосудов, мелкие пятна на подушечках пальцев;
- красная волчанка обморожения, Гатчинсона.

При этом поражаются кончики пальцев, ушные раковины, пяточные и икроножные области. Кстати, название болезни «волчанка» пошло как раз от этого типа поражений кожи, похожих на обморожение. Такие изменения сравнивали с укусом волка;

- дискоидная красная волчанка по типу красного плоского лишая.

VII. Облысение (алопеция)

Нерубцовая алопеция – диффузное истончение волос или повышенная хрупкость волос с видимыми пеньками – обломанными участками.

Исключаем другие причины – очаговая алопеция, лекарственная, из-за дефицита железа, андрогенная.

VIII. Язвы слизистых оболочек — изъязвления не только на слизистой ротовой полости, но и в носу.

Должны быть исключены болезнь Бехчета, вирус герпеса, воспалительные заболевания кишечника, реактивный артрит, употребление кислых пищевых продуктов.

IX. Серозит — воспаление серозных оболочек

Серозная оболочка – тонкая мембрана, которая выстилает полости в теле человека: брюшную, перикардальную (окутывает сердце, создавая ему «сорочку»), плевральную.

Обычно имеет два слоя, которые свободно двигаются относительно друг друга, позволяя сердцу сокращаться, легким – увеличиваться при вдохе, органам брюшной полости – двигаться, моторика кишечника, например.

Состоит серозная оболочка из соединительной ткани. При серозите гладкая и прозрачная серозная оболочка становится плотной, шероховатой, мутной. Может слипаться, разрастаться.

Плеврит – воспаление оболочки легких с появлением там жидкости. Терапевт или кардиолог могут услышать снижение громкости дыхания в нижних отделах легких из-за жидкости между листками плевры или шум трения плевры.

Перикардит — воспаление серозных оболочек вокруг сердца. Иногда перикардит болит. Перикардальная боль возникает в положении лежа, уменьшается в положении сидя с наклоном вперед. При накоплении жидкости между листами работа сердца приглушается слоем жидкости вокруг него. При аускультации (выслушивании сердца фонендоскопом) врач может отметить приглушение сердечных шумов, самые чуткие – шум трения перикарда. На ЭКГ могут написать «снижение вольтажа».

При серозитах всегда исключаем инфекционные причины. Также серозит может давать уремия, онкологические процессы, аутовоспалительные заболевания – болезнь Стилла, периодическая болезнь, идиопатический рецидивирующий перикардит и др.

Перикардит может быть осложнением инфаркта миокарда, развивается через 2–6 недель после самого инфаркта.

Х. Снижение уровня тромбоцитов (меньше 100×10^{12}) и лейкоцитов (менее $3,0 \times 10^9$)

Обязательно обязывает нас исключить другие причины, в том числе лекарственные.

За уровнем лейкоцитов и тромбоцитов наблюдают в динамике. После ОРВИ, например, мы часто можем наблюдать снижение и лейкоцитов, и тромбоцитов.

До этого мы обсуждали клинические признаки волчанки. Перейдем к иммунологическим критериям:

1) антинуклеарный фактор выше уровня диапазона референс-лаборатории;
2) антитела к двуспиральной ДНК выше уровня диапазона референс-лаборатории;
3) anti-Sm (антитела к ядерному антигену Sm);
4) антифосфолипидные антитела положительные, определенные любым из следующих способов:

- положительный волчаночный антикоагулянт;
- ложноположительная реакция Вассермана;
- средний или высокий титр антител к кардиолипину IgG или IgM;
- положительный результат теста на бета-2-гликопротеин I (IgA, IgG или IgM);

5) низкий комплемент, низкий C3, C4 или низкий CH50. Комплемент – это каскад из двух десятков белков, которые активируются в ответ на контакт «антиген-антитело», компоненты C3 и C4 снижаются при активации этого каскада;

6) положительная реакция Кумбса при отсутствии гемолитической анемии.

Проба выполняется для обнаружения антител на поверхности эритроцитов пациента с гемолитической анемией. **Гемолитическая анемия** – снижение количества эритроцитов за счет их лизиса, разрушения. И это разрушение происходит быстрее, чем появление новых эритроцитов. Помимо аутоиммунных заболеваний, гемолитическая анемия встречается при инфекционных заболеваниях (например, малярия), воздействии химических агентов (отравление), лекарственных препаратов.

Диагноз «системная красная волчанка» устанавливается согласно рекомендациям **Группы международных сотрудничающих клиник системной волчанки** (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics, SLISS, 2012.).

Необходимо не менее четырех критериев, один из которых – иммунологический (анти-тела к нативной ДНК, или антинуклеарный фактор, или Sm, или a-KL, или C3, или C4).

В случае если у пациента обнаружено **менее четырех диагностических критериев**, то диагноз СКВ **вероятен**. И, как правило, лечение тоже будет назначено. В этом отличие от более старых рекомендаций.

А если клинические признаки присутствуют, а иммунологические критерии не найдены?

Если тест на антинуклеарный фактор отрицательный, то у пациента очень низкая вероятность наличия СКВ. И если наоборот – АНФ положительный, а симптомов волчанки нет, – вероятность наличия СКВ тоже очень низкая.

Обратите внимание! Нигде нет 100 %-ной вероятности постановки диагноза.

О чем это говорит? Что есть масса нюансов:

- динамика заболевания;
- наличие прогрессирования или его отсутствие;
- другие причины, которые могут объяснить подозрительные на волчанку жалобы;
- реакция на терапию;
- сопутствующие заболевания.

После постановки диагноза очень важно оценить активность заболевания. Не разово – при диагностике, но и в динамике – чтобы понять, насколько эффективно лечение.

В заключение хочу сказать, что системная красная волчанка при надлежащей терапии дает возможность нашим пациенткам жить. Жить «долго» – и мы постоянно работаем над этим – и «счастливо», а вот тут многое зависит уже от самих пациенток. Об этом и будет моя следующая история.

История 2 Ничья девочка



Эта история относится к тому тревожному году, когда людям вдруг стало важно, какая у них температура.

Нет, я сейчас не про ковидный 20-й. Помните эпидемию свиного гриппа? Это была первая волна температурной паники среди населения.

Паника – хорошо это или плохо?

С учетом того, что многие тогда кинулись обследоваться, я считаю, хорошо.

Итак, 2009 год. Ревматологическое отделение. Я устало шла по коридору.

Молодая женщина тихонько плакала на краешке кровати. Всхлипов не было слышно.

Плечи вздрагивали беззвучно.

Я постучала в уже открытую дверь. Уходить было как-то... Нелепо, что ли.

– Добрый день, я ваш лечащий доктор. Я могу зайти попозже...

Женщина растеряннo обернулась, вытирая ладонями слезы со щек.

– Заходите, доктор. Заходите. Я уже все равно никуда не успеваю.

– Ну, госпитализироваться вы как раз успели. Значит, у нас есть время помочь вам.

Пятница. Вечер. Мое любимое время. По какой-то неведомой магии вечером пятницы может случиться все.

Нет, не так. Вечером пятницы случается абсолютно ВСЕ.

- Флюс неожиданно раздувает щеку.
- Придет анализ на страшное генетическое заболевание новорожденного ребенка.
- Падение, после которого раздувает коленку так, что не наступить.
- Рассеченные брови и подбородок со рвотой и тошнотой после травмы головы.
- Боли в животе с несбиваемой температурой.

Это все реальные ситуации последних шести месяцев, с которыми мне звонили близкие и очень близкие. Друзья. Коллеги. Родственники. Соседи. Пациенты.

Героиня нашей истории тоже легла в стационар вне плана. В пятницу. Ближе к концу рабочего дня. Еще утром в списках госпитализации не значилась. И раз уж заведующий взял ее «с колес», значит, на то были веские причины. Поэтому от новенькой я ждала, как бы это точнее сказать, «подвоха». Сложностей.

То, что она не горела желанием быть здесь, в ревматологическом отделении, было очевидно.

Но... Она здесь. И я тоже здесь.

Начинаю собирать жалобы.

– Доктор, да меня ничего особенно и не беспокоит. Вот только температура небольшая. И отеки иногда. И уставать я стала быстро. Но... Ничего такого.

У нее начали дрожать руки.

– И мне вообще надо быть завтра в другом месте... Как-то все... не вовремя! – И она снова вытерла мокрую щеку.

Зачем здоровую женщину заманили в пятницу в отделение против ее воли? Почему не отпустили домой с миром?

Лицо заплаканной женщины алело. **Красные пятна на щеках.**

– Да, щеки румяные уже несколько месяцев. На солнышке пятна становятся ярче и больше. И появляются не только на щеках, но и на лбу, и плечах.

Я быстро записывала важные симптомы.

– **Лицо стало одутловатым**, особенно с утра. **Ноги тоже отекают**, больше к вечеру. Сначала только лодыжки, теперь и стопы, и голени.

Двигаемся дальше.

– **Суставы?** Ну не так чтоб болят... Ну **периодически ноют**. Тот один, то другой. **Кисти, стопы, голеностопные, колени...**

Список периодически болящих суставов получился внушительный.

– Моча... **Моча пенится**. Как будто стирального порошка в нее добавили. **Температура?** Да не очень-то высокая. **37,3–37,4**. Когда выше поднимается, я сбиваю парацетамолом.

У меня уже лист А4 исписан жалобами – и планом дообследования с учетом каждой из них.

– **Усталость?** Да, весь день, практически с утра. Вроде не сделала еще ничего, а уже устала. Но мне некогда лениться. Встаю и иду. И лечиться – некогда.

И действительно, как знакомо... Сильные и смелые наши женщины.

Муж. Дети. Работа.

И вторая работа.

– У девчонок моих соревнования в эти выходные. Надо с ними поехать.

Девчонки – старшие дочери нашей героини – занимались художественной гимнастикой. Соревнования предстояли очень важные. Какой-то кубок. Важный кубок. И шансы победить были высоки.

Но только шансы потерять свое здоровье и, может, даже жизнь у моей пациентки были ох какие немаленькие.

Пенящаяся моча – верный признак большого количества белка в моче. На фоне потери белка и нарушения функции почек появились отеки ног и лица.

Те самые высыпания на щеках, скулах, реагирующие на солнце, – классическая бабочка. Визитка системной красной волчанки.

Еще до прихода иммунологии – АНФ и антител к нативной ДНК – диагноз был у нас в кармане. Точнее, на лицевом листе истории болезни.

В ходе обследования всплыли неприятные находки.

Перикардит – воспалительная жидкость в околосердечной сумке.

Плеврит – аналогичная жидкость вокруг легких.

Асцит – жидкость в брюшной полости.

Итого мы имеем полисерозит – жидкость находится во всех серозных оболочках.

В крови у героини снижение лейкоцитов – еще одна характерная черта волчанки.

Системная красная волчанка – грозное ревматологическое заболевание. Через 10 лет после начала заболевания в живых останется 4 пациентки из 5. Через 20 лет волчанка убьет 3 пациенток из 10.

И шансы выжить у тех, кто выполняет назначения ревматолога – намного выше.

Нашей пациентке были назначены:

- базисный препарат;
- глюкокортикоиды (метипред);
- препараты, разжижающие кровь.

В диагноз она поверила не сразу. Каждый день на обходе были вопросы: «А может, с диагнозом ошиблись?», «Можно обойтись без гормонов?», «А если обратиться к гомеопату?»

Через неделю – под расписку – она покинула отделение. Бежала, роняя тапки.

Рекомендации я дала. Лечение должно быть постоянным. Через два месяца – контроль эффективности нашей терапии.

Встретились мы спустя два месяца при драматических обстоятельствах.

Санавиация. Вертолеты с красным крестом за считанные минуты преодолевают огромные расстояния. Для них не помеха непреодолимые высоты и ущелья.

Такие ассоциации были у меня с этим словом лет 20 назад. На заре моей врачебной юности. А в реальности дело обстоит так.

– Здравствуйте, на проводе врач **ой районной больницы. У нас тяжелый/непонятный больной. Нам нужна ваша консультация.

Далее возможны варианты.

1. Консультация по телефону. Врач рассказывает симптомы пациента, присылает его снимки/анализы, и ты расписываешь дальнейшую тактику. Что нужно дообследовать. Чем лечить. Или выносишь вердикт, что пациент не твой, не ревматологический.

Когда звонят ревматологу и ситуация совсем непонятная, это значит, что уже несколько специалистов до этого сказали «не мое». Так что все страшное и непонятное, как правило, оседает у нас, ревматологов.

2. Выезд консультанта в ту самую районную больницу. Дальность марш-броска – до 450 километров, если брать все уголки Ростовской области. Едешь на спецтранспорте – «газелька», или как повезет.

Приехал – смотришь лично пациента, обследования. Расписываешь тактику, либо берешь «на себя» – увозишь к себе в отделение.

Был бы пациент транспортабелен – раз. И был бы смысл в перевозке. Есть манипуляции, которые можно сделать на любой койке. А везти непонятного и тяжелого за 200–400 километров – всегда риск.

3. И есть третий вариант. Когда санавиация уже везет к тебе пациента, особо не спрашивая твоего мнения.

В нашем случае был как раз третий вариант. Доклад санавиации: молодая женщина, 35 лет. Волчанка, выставленная вами, ревматологами. Состояние средней тяжести. Температура 39,5. Одышка даже в покое. Острая задержка мочи. Перенесла отек легких. Принимайте, распишитесь.

Не прошло и двух месяцев. Старая знакомая.

После выхода моей первой книги одна из читательниц блога в комментариях обвинила меня, что я нагоняю ужасов. Пугаю честной народ. Надо, мол, быть психологом. Нежнее надо быть. Последняя надежда, какая и была, и та пропала.

А я вот что скажу.

Я видела отказы от лечения. И видела их последствия.

Не кури – а я буду. Пей таблетки – а я не буду. Но ты же погибнешь! – А вот станет плохо – тогда и спасайте. И таблетки ваши – зло!

А ведь когда совсем плохо, можно и не спасти. Точка невозврата пройдена, и что бы ты ни делал...

Надеяться на хороший исход, долгую и счастливую жизнь можно. И нужно. Но надеждой ограничиваться нельзя. Любой успех наших пациентов, их ремиссия – это результат огромной ежедневной работы. Работы врача и пациента. В связке.

Мои больные знают, **я не люблю пугать пациентов**.

Но, видит бог, замазывать розовой гуашью последствия отказа от лечения я не умею.

Пациент свободен в своем выборе. Но он должен знать, какие последствия повлечет за собой отказ от лечения.

В моей практике был только один **посмертный эпикриз**, где в графе диагноз стояла системная красная волчанка. Наша история сейчас – не об этом случае.

Вернемся к нашей героине.

Тихо пиликают мониторы в реанимации. Я сижу с метровой простыней анализов и назначений моей пациентки. То, что она метровая, я не преувеличиваю – это огромная карта метр на полтора.

Количество препаратов, влитое в нее за неделю, подсчету не подлежит. Но это для нашей истории. А по факту, конечно, все они внесены в лицевой лист учета. Все до единой ампулки и таблеточки.

Гормоны. Много гормонов. Очень. Много.

Те, кто кричит в псевдомедицинских пабликах, что гормоны – зло... И наркотик... Как бы хотелось мне видеть вас волонтером в реанимации, где умирают ревматологические пациенты! Где **выживают** ревматологические пациенты.

Кроверазжижающие препараты.

Антибиотики. И не один. Пациентка уже поступила с пневмонией, застоем в легких. А уж на фоне подавления иммунитета радостно добавилась бактериальная инфекция.

Белок, аминокислоты. Пациентка была в жутком дефиците белка. И это было одной из причин ее отеков.

Белок удерживает жидкость внутри сосуда. Нет белка в сосудах – нет жидкости в сосудах. Жидкость уходит в ткани. Отеки голеней, бедер, живота, рук. Большое количество жидкости в животе, вокруг легких и сердца.

Нервная система и головной мозг тоже пострадали. Пациентка поначалу не узнавала меня и не понимала, где находится.

Базисную терапию – основу лечения – мы смогли подключить не сразу. Как только это позволили показатели крови и функция почек, базисная терапия стартовала.

Нефролог. Пульмонолог. Невролог. Кардиолог.

Каждый день они корректировали свои назначения. Как лечащий врач, я сводила это в одну систему со своими назначениями.

Неделя реанимации позади. Пациентка жива. Что уже само по себе победа. Но...

На утро восьмого дня меня ждал неприятный сюрприз.

Муж.

Нет, не мой, конечно, не подумайте. Хотя к тому моменту у моего мужа имелись все причины быть недовольным. Меня можно было смело «выписывать» из дома за непосещаемость. Уезжала я на работу на час раньше. Приезжала затемно.

Честно говоря, и глубокой ночью мысли мои были заняты тяжелой пациенткой. Титрование доз. А если попробовать так... Выдержит ли она эти дозы...

Погруженная в эти мысли, я шла по коридору отделения. Под дверями ординаторской меня ждал муж пациентки. Вид у него был крайне недовольный. Я бы даже сказала, боевой.

– Ну и как вы будете оправдываться? – начал он с ходу, в коридоре.

Оправдываться я не собиралась. Не за что. И времени нет. И сил.

– Вы о чем, простите?

– Довели ее своим лечением! До ручки!

– Каким. Именно. Лечением. Какие именно препараты пила ваша супруга?

– Да все, что вы прописали! По часам пила горсти таблеток.

– Названия помните?

– Да прям, зачем мне. Да вот же – схема ваша. – Он кинул мне через стол тетрадный листок в клеточку, исписанный красивым почерком. Не моим.

На листке была смесь гомеопатической ерунды с иммуностимуляторами в обнимку.

– Вы пришли не по тому адресу.

– Чего-о-о-о-о? – заревел медведь. То есть муж.

– Найдите того, кто это писал, и смело высказывайте ему все, что вывалили на меня, – подчеркнуто сухо продолжила я. – Если у вас все, то я пойду. В реанимацию. К вашей жене.

– Так, а... Подождите, доктор. А как она? Там...

– А, то есть этот вопрос вы оставили напоследок. Вернусь – расскажу.

Пока я шла в реанимацию, картинка в голове стала проявляться. Чудесный коктейль из тетрадного листочка не только не помогал нашей пациентке. Он ее убивал.

И тем, что заменил терапию. И тем, что в нем были иммунные стимуляторы.

Честно говоря, я бы с удовольствием посмотрела, как муж-медведь будет разбираться с горе-гомеопатом, или кто там писал эту ересь.

Пациентка была уже была в сознании и стала меня узнавать. Я радостно сообщила о том, что приехал муж и жаждет крови тех, кто ее загубил.

– Он меня убьет, – прошептала она.

Оказывается, мужу наша пациентка говорила, что выполняет все рекомендации областных специалистов (то есть мои). А сама тайком нашла ведьмака со множеством званий на табличке.

Дальше как в грустном анекдоте. Я пью, пью, а мне все хуже и хуже.

Восстановление заняло несколько месяцев. Пациентка училась заново ходить – ноги подкашивались от слабости. Координация давалась с трудом.

Отеки уходили медленно. Дозы гормонов еще долгое время оставались внушительными.

И конечно, муж простил несчастную. Девочки – три дочки – были рады вернувшейся маме.

А через год вы бы уже и не догадались, что перенесла эта женщина. Она гуляла в парке с младшей дочкой. Ездила на соревнования со старшими. Исправно пила таблетки. Ходила в бассейн.

Дозы гормонов, постепенно снижаемые, были минимальны. Базисная терапия дала возможность войти в ремиссию. Почки работали. Только метипредовые щечки³ напоминали о том, что наша героиня – пациентка ревматолога.

И мы все с облегчением выдохнули. А зря...

«Елена Александровна, кажется, опять обострение. Задыхаюсь. Слабость. Усталость. Как тогда...» – читаю в «Вотсапе». Строчу ответ: «Берите направление, ждем вас».

А сама к шефу. Это был тот случай, когда плановая госпитализация отодвигается, чтобы принять таких пациентов.

³ Метипред централизует жировую ткань в организме. На фоне приема метипреда увеличиваются щеки и живот. – Примеч. ред.

Буквально на следующий день мы сидим в палате напротив друг друга.

– Задыхаюсь. Начинаю говорить – и воздуха не хватает. Пройду метров пятьдесят – и останавливаюсь. Как рыба, хватаю воздух ртом.

Нехорошие жалобы. Жалобы женщины, которой 37 лет.

В течение часа пришли анализы из цитовой лаборатории. Напомню, cito! – **срочно!**

Почки удивили нас. В самом лучшем смысле. Работали исправно, потери белка были мизерные.

СОЭ – один из главных показателей воспалительного процесса – в норме. Лейкоциты – чуть ниже нормы. Для волчанки это не удивительно. С-реактивный белок слегка выше нормы. Иммунные показатели тоже спокойные.

А вот рентген легких расстроил. Пневмоторакс и какой-то очаг уплотнения (инфильтрат).

Что такое пневмоторакс? Каждое легкое окружает два листка плевры. Они образуют плевральную полость. Давление в ней меньше, чем в самом легком.

Пневмоторакс – воздух попал в плевральную полость. Воздух теперь сдавливает легкое. Сжимает его. Не дает раскрыться. Не дает человеку сделать полный вдох. Вот откуда одышка!

Но... Что это за инфильтрат в легких? Пневмония? Онкология?

Ни то ни другое. Это туберкулез.

Мама троих детей. Замечательная семья. Благополучный район благополучного города. Но... Цитостатики. Гормоны. Иммуниетет споткнулся. В крепостной стене защиты появилась трещина.

И снова – слезы. Отчаяние. Обида. Страх.

Это у нашей пациентки. А у меня – головная боль.

Что делать с терапией волчанки, которая мешает иммунитету в борьбе с туберкулезом? Что страшнее – волчанка или туберкулез? На кого ставим? Шаг вправо – и волчанка проснется ото сна. Опять начнет есть почки нашей пациентки на завтрак. Мозг – на обед. И ее суставы – на ужин. А что уж она решит сожрать на десерт...

Шаг влево – и туберкулез возьмется за следующую дольку легкого. Одышка станет больше. Интоксикация организма усилится.

Доза гормонов, которые останавливали волчанку, была скрепя сердце снижена. Медленно и постепенно.

Каждую четвертушку мы уменьшали с замиранием сердца.

Базисный препарат был заменен на более слабый – мы дали возможность иммунитету молодой женщины бороться с туберкулезом. И продолжали слегка-слегка удерживать волчанку в узде. Пока она, волчанка, в спокойном состоянии, этих препаратов должно было хватить.

Но как долго это продлится... Даст ли волчанка нам фору – бесценное время для борьбы с туберкулезом?

Часть времени наша героиня провела в закрытом туберкулезном стационаре. Форма туберкулеза была с выделением палочки, и она была потенциально заразна для окружающих. Для семьи.

Детей и мужа обследовали самым тщательным образом. Все они не были больны. И не были даже инфицированы.

Так бывает.

В школе старшим девочкам устроили настоящую обструкцию. Дразнили. Избегали.

В один прекрасный день одна из девочек пришла из школы с фингалом и ссадинами на костяшках пальцев. Отца вызвали на ковер к директору.

– Твоя мать – зечка! – кричала ее одноклассница в столовой. – Уходи есть в другое место!

В итоге – драка. А кто бы удержался?

Пишу – и на глазах слезы. А представьте, что чувствовала ее мама, запертая в четырех стенах? Сердце ее рвалось на части. Она плакала часами.

Писала девочкам письма. Умоляла мужа защитить дочек.

Ситуацию замяли. Школу поменяли.

Как граф Монте-Кристо, наша героиня отмечала каждый день в больнице, считая часы до контроля терапии. Когда можно будет вернуться к семье и продолжить лечение дома.

И вот этот день пришел. Я гадала: что скажут контрольные обследования? Вернут ли маму трем девочкам?

– Когда мама приехала домой, мы каждое утро бегали к ней в спальню. Проверять, не приснилась ли нам она. – Старшая дочь моей пациентки светится.

Она красивая, как мама. Волосы отливают золотом, по щекам – веснушки.

Младшая – пятилетка, голубоглазый эльф с кудряшками, – молча обнимает маму за ногу.

– Вы мне обещали, что я к вам вернусь. Вы обещали. А я не верила! – улыбается сквозь слезы моя пациентка. Ее голос дрожит.

Я сижу и улыбаюсь. Смотрю на красивое семейство.

– А я все еще подрываюсь среди ночи пересчитать детей, – смеется ее муж.

Тот самый, что кричал на меня три года назад.

– А что, было такое, что не досчитались?

– Чего только не было... Оставил дочку у бабушки. А среди ночи не нашел ее в кровати и за сердце схватился. Уже в машине опомнился! На полпути в... Полицию или в школу, я уже не помню, куда ехал.

Мы сидим на лавочке больничного сквера. Столько эмоций – в ординаторской не поместится.

Если увидеть эту семью в парке, можно позавидовать. Муж и жена влюбленно поглядывают друг на друга, их пальцы переплелись. Старшие сестры все время держат в поле зрения младшую. Да и видно, что друг за друга они горой.

Чужое счастье кажется таким... простым. Только руку протяни.

Только они знают его цену. Бессонные ночи. Слезы в подушку. Травля в школе.

Папу и мужа уволили с работы под первым же предлогом. Еще бы, столько больничных! И опаздывает два раза в неделю – детям, видите ли, ко второму уроку. Девать ему их некуда...

Временно одинокий многодетный папа вспомнил свое юношеское увлечение компьютерами и стал работать из дома – то ли программистом, то ли сисадмином – я не уловила в нашем бурном общении.

Наладились отношения с тещей – раньше на первый план выходило какое-то взаимное недовольство и упреки в мелочах.

– Доча, прости меня, дуру. У тебя золотой муж! – так встретила из больницы нашу героиню ее мама.

– Тещенька, да перестаньте, обычный я, – покраснев, отмахивался зять.

Внимательные читатели заметили, что с начала истории прошло три года. Целая вечность. Из них мама была оторвана от семьи полтора года.

Не сразу пришла положительная динамика. Не сразу лечение помогло. Была проведена операция по удалению части легкого. Спасибо волчанке, она дала нам закончить все курсы лечения туберкулеза.

В этой истории нет главного положительного героя. Здесь нет морали. И скрытого смысла тоже нет.

Я просто хочу сказать. Если вам плохо, если вам больно, если кажется, что мир рушится, помните: вы даже не представляете, сколько силы духа и мужества заложено в каждом из нас. Там же неподалеку находится ведро слез и пропасть отчаяния. И балансировать между ними очень сложно.

Невероятно сложно. Но возможно.
Я в вас верю. И я – рядом.

Глава 3

Болезнь Стилла

Иногда ревматологическое маскируется под инфекционное.

Когда читаешь диагностические критерии болезни Стилла, кажется, что это совсем не про ревматологию. А про... Давайте после прочтения критериев обсудим.

Большие критерии болезни Стилла:

- 1) **лихорадка** с подъемами температуры до 39 °С и более, длящаяся неделю и дольше;
- 2) **боли** в суставах в течение двух и более недель;
- 3) **типичная сыпь** – ее называют лососевидная. Сыпь розовенькая, по цвету напоминает малосоленный лосось. Появляется на фоне температуры. Когда температура сбивается, сыпь бледнеет или исчезает. Именно из-за таких «чудесных» исчезновений я всегда спрашиваю пациентов, не сфотографировали ли сыпь, пока она была. В наш век фотофиксации очень выручает гаджет, который всегда под рукой;

- 4) **лейкоцитоз** (повышение в крови количества лейкоцитов более $10 \cdot 10^9/\text{л}$).

Ну что, сыпь и температура на фоне повышенных лейкоцитов. Куда обычно идут с такими жалобами? К инфекционисту. К аллергологу. К дерматологу. Если они недоступны – к терапевту за больничным.

Но на этом, как правило, жалобы пациента не заканчиваются. Идем дальше.

Малые критерии болезни Стилла:

- 1) боль в горле;
- 2) увеличение лимфоузлов и/или селезенки;
- 3) нарушение работы печени;
- 4) и при этом – отрицательные ревматоидный фактор и антинуклеарный фактор.

Согласитесь, с увеличением лимфоузлов, сыпью, болью в горле и температурой под 40 пациенты окажутся у кого угодно, только не у ревматолога на приеме.

Лор, терапевт, инфекционист и даже гематолог с онкологом. Такую цепочку проходят пациенты с болезнью Стилла, прежде чем кто-то из них – спасибо, коллеги! – отправят похudevшего, измученного лихорадкой пациента к ревматологу.

Критерии исключения для болезни Стилла.

Заболевания, которые следует исключить перед установлением диагноза:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.