Клинический случай ранней успешной диагностики и лечения рецидивирующего полихондрита

Сухих Е.Н., Симонова О.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия 610998, Киров, ул. К. Маркса, 112

Kirov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia 112, K. Marx St., Kirov 610998

Контакты: Екатерина Николаевна Сухих; katsuhih2015@yandex.ru

Contact: Ekaterina Sukhikh; katsuhih2015@yandex.ru

Поступила 23.10.17

Рецидивирующий полихондрит (РП) — генерализованное прогрессирующее воспалительное заболевание хрящевой ткани аутоиммунной природы, приводящее к структурным изменениям хряща вплоть до его полного исчезновения. К настоящему времени в мире описано около 800 случаев РП. Клинические проявления РП разнообразны, что часто затрудняет раннюю диагностику заболевания. Для купирования активности РП чаще всего применяют глюкокортикоиды, доза которых зависит от выраженности клинических проявлений, однако нет данных об их влиянии на прогрессирование процесса и риск рецидивов. В статье представлен клинический случай ранней диагностики и успешного лечения заболевания, что позволило избежать возможных осложнений и инвалидизации пациента.

Ключевые слова: рецидивирующий полихондрит; поражение хряща; клинический случай; преднизолон.

Для ссылки: Сухих ЕН, Симонова ОВ. Клинический случай ранней успешной диагностики и лечения рецидивирующего полихондрита. Научно-практическая ревматология. 2018;56(6):782-784.

A CLINICAL CASE OF EARLY SUCCESSFUL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RELAPSING POLYCHONDROITIS Sukhikh E.N., Simonova O.V.

Relapsing polychondritis (RP) is a generalized progressive autoimmune inflammatory disease of the cartilaginous tissue, which leads to structural changes in the cartilage until its complete disappearance. To date, about 800 RP cases have been described in the world. The clinical manifestations of RP are diverse, which often complicates the early diagnosis of the disease. The most commonly used drugs to stop RP activity are glucocorticoids, the dose of which depends on the severity of its clinical manifestations, but there is no evidence for their effect on the progression of the process and the risk of relapse. The paper describes a clinical case of early diagnosis and successful treatment of the disease, which could prevent possible complications and disability in the patient.

Keywords: relapsing polychondritis; cartilage damage; clinical case; prednisone.

For reference: Sukhikh EN, Simonova OV. A clinical case of early successful diagnosis and treatment of relapsing polychondritis. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2018;56(6):782-784 (In Russ.).

doi: 10.14412/1995-4484-2018-782-784

Рецидивирующий полихондрит (РП) — генерализованное прогрессирующее воспалительное заболевание хрящевой ткани, аутоиммунной природы, с вовлечением в процесс органов чувств (глаз, ушей, вестибулярного аппарата), приводящее к структурным изменениям хряща вплоть до его полного исчезновения [1, 2].

К настоящему времени в мире описано около 800 случаев РП [3]. Этиология заболевания неизвестна [4]. Аутоиммунный механизм РП подтверждается обнаружением в крови больных в период высокой активности заболевания большого количества антител к коллагену II типа, в поврежденной хрящевой ткани при иммунофлюоресценции определяются депозиты IgG, IgA, IgM и C3 [5].

Считается, что пик заболеваемости приходится на пятую декаду жизни, однако РП может начинаться в любом возрасте [6, 7]. Клинические проявления РП разнообразны по вовлечению органов и структур, продолжительности и выраженности симптомов, что часто затрудняет раннюю диагностику данного заболевания [8, 9]. В настоящее время при постановке диагноза РП чаще всего

применяют критерии L.P. McAdam, основывающиеся на клинических симптомах болезни [10]. Диагноз считается достоверным при выявлении трех из шести следующих признаков: двусторонний воспалительный процесс в области ушных раковин, наличие неэрозивного серонегативного артрита, воспаление в области носовой перегородки, поражение глаз, воспаление хрящевых структур трахеи, гортани и бронхов и вестибулярные нарушения. В случае недостаточного числа критериев требуется гистологическое подтверждение наличия воспаления в хрящевой ткани. Патогномоничных лабораторных и инструментальных тестов для диагностики РП не существует. Лабораторные данные неспецифичны и отражают течение аутоиммунного воспалительного процесса. РП может осложняться развитием аортита, артериальными тромбозами, нарушением проводимости, инфарктами, что обуславливает необходимость ранней диагностики [11].

В связи с редкой встречаемостью заболевания не отработан единый подход к его лечению. Для купирования активности РП чаще всего применяют глюкокортикоиды (ГК), доза которых зависит от выраженности клини-

ческих проявлений, однако нет данных об их влиянии на прогрессирование процесса и риск возникновения рецидивов [12–14].

Представляем клинический случай ранней диагностики РП и его успешного лечения.

Пациентка Б., 68 лет, поступила в ревматологическое отделение КОГБУЗ «КОКБ» 14.12.16 с жалобами на боль и припухлость ушных раковин, боль и покраснение в правом глазу, головную боль, головокружение, осиплость голоса, повышение температуры до 38,5 °С, озноб. Заболела остро 19.11.16, когда появились болезненная припухлость и отек ушных раковин, больше справа, и головная боль приступообразного характера, через 2 дня — покраснение и отек правого глазного яблока, заложенность носа, несколько эпизодов носового кровотечения и геморрагические корочки в носовых ходах, осиплость голоса, повышение температуры до 38,5 °С, сопровождающееся ознобом, усилением головных болей и посинением ушных раковин. Обследована по месту жительства: гемоглобин — 111 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $18,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 74 мм/ч. Аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 179,9 ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 275,9 ед/л. Получала диклофенак, антибактериальную терапию (азитромицин), без заметного эффекта. Осмотрена неврологом, гематологом, оториноларингологом — диагноз не уточнен. С учетом сохраняющейся лихорадки госпитализирована в инфекционное отделение ЦРБ. Отмечалось нарастание анемии (гемоглобин — 100 г/л), лейкоцитоз, стойкое повышение СОЭ до 80 мм/ч. При рентгенографии грудной клетки, УЗИ брюшной полости и почек, малого таза, фиброгастродуоденоскопии, магнитно-резонансной томографии головного мозга, ирригоскопии патологические изменения не обнаружены, инфекционные маркеры не выявлены (повышение уровней трансаминаз расценено как результат приема диклофенака). На фоне терапии в течение 2 нед (цефтриаксон, левофлоксацин) — состояние без динамики, жалобы прежние. С учетом наличия отека и гиперемии ушных раковин и поражения других хрящевых структур у пациентки заподозрен РП, в связи с чем она была переведена в ревматологическое отделение областной больницы.

При поступлении: ушные раковины красно-синюшного цвета, увеличены в объеме, болезненны при пальпации, больше справа, без вовлечения мочек ушей (рис. 1, а, б), проптоз правого глазного яблока с гиперемией и отеком конъюнктивы, боль при пальпации в затылочной области; признаков

артрита нет. Жалобы на осиплость голоса, повышение температуры к вечеру до 38–39 °С, сопровождающееся резким усилением головных болей и болезненности ушных раковин, слабость. Объективно: дыхание через нос свободное, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Число дыханий 16 в минуту. Пульс 74 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, нижний край печени на уровне реберной дуги. Осмотрена оториноларингологом: диагноз — перихондрит ушных раковин; офтальмологом: диагноз — острый увеит справа. Пациентке проведены онкологический поиск, инструментальное и лабораторное обследование для исключения ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА) васкулитов, АНЦА не обнаружены. Гемоглобин при поступлении — 99 г/л, тромбоциты — $581 \cdot 10^9/л$, эритроциты — $3,46 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $14,4 \cdot 10^9/л$, сегментоядерные — 80,1%, СОЭ — 97 мм/ч, АЛТ — 144,5 ед/л, креатинин — 60 мкмоль/л.

После дообследования с учетом поражения хрящей ушных раковин, увеита, вестибулярных нарушений, поражения гортани, носовых ходов, лихорадки, высокой лабораторной активности, исключения других заболеваний, протекающих с признаками системного поражения, — выставлен диагноз РП. По критериям L.P. McAdam присутствовали 5 из 6 признаков. В качестве терапии назначен метилпреднизолон 32 мг (8 таблеток в сутки), также перибульбарно вводился триамцинолон трижды. Сопутствующая терапия: антиагреганты, ингибиторы протонной помпы, препараты кальция. Через 2 дня после начала терапии ГК у пациентки полностью нормализовалась температура, уменьшился проптоз правого глазного яблока, уменьшились отек ушных раковин и их гиперемия. После 7 дней лечения ГК ушные раковины приобрели нормальную форму и цвет (рис. 2, а, б), исчезла болезненность при пальпации, уменьшились проявления увеита, не предъявляла жалоб на состояние носовых ходов; нарушения голоса, головной боли, головокружения не отмечала. Через 14 дней СОЭ — 19 мм/ч, гемоглобин — 123 г/л, эритроциты — $4,28 \cdot 10^{12}/л$, АСТ — 122,1 ед/л, АЛТ — 159,2 ед/л.

28.12.16 пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии, рекомендовано постепенное снижение дозы ГК под наблюдением ревматолога. Через 6 мес, во время контрольного осмотра (поддерживающая доза метилпреднизолона 4 мг/сут), вышеописанных жалоб не предъявляет, лабораторные показатели в норме. Беспокоят

Рис. 1. Правая (а) и левая (б) ушные раковины пациентки Б. до назначения ГК

Рис. 2. Правая (а) и левая (б) ушные раковины пациентки Б. после назначения ГК

боли в поясничном отделе позвоночника. На денситометрии выявлен остеопороз (T -критерий — 2,6 SD), вероятно, стероидного генеза; к лечению добавлены бисфосфонаты.

Таким образом, ранняя постановка диагноза в течение первого месяца заболевания и назначение ГК позволили успешно купировать все клинические и лабораторные проявления РП, а также избежать возможных осложнений, связанных с необратимыми изменениями хрящевой ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zeuner M, Straub RH, Rauh G, et al. Relapsing polychondritis: clinical and immunogenetic analysis of 62 patients. *J Rheumatol*. 1997;24(1):96-101.
2. Letko E, Zafirakis P, Baltatzis S, et al. Relapsing polychondritis: a clinical review. *Semin Arthritis Rheum*. 2002;31(6):384-95. doi: 10.1053/sarh.2002.32586
3. Edress A. Relapsing polychondritis: a description of a case and review. *Rheumatol Int*. 2011;31(1):707-13. doi: 10.1007/s00296-010-1775-9
4. Годзенко АА, Губарь ЕЕ. Рецидивирующий полихондрит: диагностируем то, что знаем? *Consilium medicum*. 2008;10(2):37-9 [Godzenko AA, Gubar' EE. Relapsing polychondritis: diagnose what we know? *Consilium medicum*. 2008;10(2):37-9 (In Russ.)].
5. Насонов ЕЛ. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008 [Nasonov EL. *Revmatologiya. Klinicheskie rekomendatsii* [Rheumatology. Clinical guidelines]. Moscow: GEOTAR-Media; 2008 (In Russ.)].
6. Елькин ВД, Митрюковский ЛС, Счастливцева ЛВ, Плотнокова ЕВ. Полихондрит рецидивирующий атрофический: два клинических наблюдения. Клиническая дерматология и венерология. 2011;(3):23-6 [El'kin VD, Mitryukovskiy LS, Schastlivtseva LV, Plotnikova EV. Recurrent atrophic polychondritis: two clinical observations. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2011;(3):23-6 (In Russ.)].
7. Корнилова ЕВ, Майорова ЮН, Беляева ЕА. Рецидивирующий полихондрит трудности диагностики. Вестник новых медицинских технологий. 2013;20(2):365-8 [Kornilova EV, Mayorova YuN, Belyaeva EA. Recurrent polychondritis diagnostic difficulties. *Vestnik Novykh Meditsinskikh Tekhnologiy*. 2013;20(2):365-8 (In Russ.)].
8. Комаров ВТ, Хичина НС. Случай необычного течения рецидивирующего полихондрита. Клиническая медицина. 1999;(9):54-5 [Komarov VT, Khichina NS. The case of an unusual course of recurrent polychondritis. *Klinicheskaya Meditsina*. 1999;(9):54-5 (In Russ.)].
9. Заигрова НК, Лазарева ОЮ, Долженкова ЕА. Клинический случай рецидивирующего полихондрита у больного сублейкемическим миелозом. Земский врач. 2015;25(1):59-62 [Zaigrova NK, Lazareva OYu, Dolzhenkova EA. Clinical case of recurrent polychondritis in a patient with subleukemic myelosis. *Zemskiy Vrach*. 2015;25(1):59-62 (In Russ.)].
10. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and review of the literature. *Pearson. Medicine (Baltimore)*. 1976;(55):47-52. doi: 10.1097/00005792-197605000-00001
11. Baretto SN, Oliveira GN, Michet CJ, et al. Multiple cardiovascular complications in a patient with relapsing polychondritis. *Mayo Clin Proc*. 2002;77(9):971-4. doi: 10.1016/S0025-6196(11)62266-0
12. Тюрин ВП, Мезенова ТВ. Успешная диагностика и лечение рецидивирующего полихондрита. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2006;3(2):37-43 [Tyurin VP, Mezenova TV. Successful diagnosis and treatment of recurrent polychondritis. *Vestnik Natsional'nogo Mediko-Khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova*. 2006;3(2):37-43 (In Russ.)].
13. Черняк ВИ, Савельев АИ, Погромов АП. Рецидивирующий полихондрит. Клиническая медицина. 2014;92(11):22-8 [Chernyak VI, Savel'ev AI, Pogromov AP. Recurrent polychondritis. *Klinicheskaya Meditsina*. 2014;92(11):22-8 (In Russ.)].
14. Сайковский РС, Бабак ВВ, Григорьева МА. Рецидивирующий полихондрит. Случай из практики. Клиническая практика. 2011;(4):44-9 [Saykovskiy RS, Babak VV, Grigor'eva MA. Recurrent polychondritis. Case study. *Klinicheskaya Praktika*. 2011;(4):44-9 (In Russ.)].

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.