

12. *Falicov R.E., Cooney D.F.* Takayasu's arteritis and rheumatoid arthritis // Arch. Intern. Med. 1964. Vol. 114. P. 594–600.
13. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th edition. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Книга вторая. М.: Практика; 2002.
14. *Ishikawa K.* Survival and morbidity after diagnosis of occlusive thrombopathy (Takayasu's diseases) // Am. J. Cardiol. 1981. Vol. 47. P. 1026–1032.
15. *Kerr G.S.* Takayasu's arteritis // Rheum. Clin. North. Amer. 1995. Vol. 21. P. 1041–1058.
16. *Khashan A.S., Kenny L.S., Laursen T.M.* et al. Pregnancy and the risk of autoimmune disease // Plos One. 2011. Vol. 6, № 5. e19658.
17. Klinische Immunologie und Allergologie. Клиническая иммунология и аллергология в 3 т. Под ред. Л. Йерепа. Пер. с нем. Т. 1, 2. М.: Медицина, 1990.
18. *Klonisch T., Drouin R.* Fetal-maternal exchange of multipotent stem/progenitor cells: microchimerism in diagnosis and disease // Trends Mol. Med. 2009. Vol. 15, № 11. P. 510–518.
19. *Kraemer B., Abele H., Hahn M.* et al. A successful pregnancy in a patient with Takayasu's arteritis // Hypertens. Pregnancy. 2008. Vol. 27. P. 247–252.
20. *Li L.T., Gilani R., Tsai P.I., Wall M.J.* Takayasu arteritis complicating pregnancy in adolescence // Ann. Vasc. Surg. 2012. Vol. 26. 858.e7–858.e10.
21. *Miech R.P.* The role of fetal microchimerism in autoimmune disease // Int. J. Clin. Exp. Med. 2010. Vol. 3, № 2. P. 164–168.
22. *Mousa A.R.M., Marafie A.A., Dajani A.I.* Cutaneous necrotizing vasculitis complicating Takayasu's arteritis with a review of cutaneous manifestations // J. Rheumatol. 1985. Vol. 12. P. 607–610.
23. *Strachan R.W.* The natural history of Takayasu's arteriopathy // Quant. J. Med. 1964. Vol. 33. P. 57–69.
24. *Suri V., Aggarwal N., Keepanasseril A.* et al. Pregnancy and Takayasu arteritis: a single centre experience from North India // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2010. Vol. 36. P. 519–524.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ТЕРАПИИ

Уважаемые читатели, предлагаем вам попытаться разобраться в непростом случае, с которым недавно столкнулась одна из ваших коллег. Ответы просим направлять на электронную почту редакции: editor@medarhive.ru и info@medarhive.ru.

Пациент, 21 год, вызвал врача поликлиники на дом в связи с плохим самочувствием, насморком, катаральными явлениями, повышением температуры тела. При осмотре установлен диагноз ОРВИ. Врач обратила внимание на то, что все окна в квартире пациента открыты. Со слов пациента, с 10-летнего возраста не переносит тепло и душные помещения.

При осмотре: температура тела 37,4°C (пациент сообщил, что у него практически постоянно повышенная температура тела), АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту, ЧДД 16 в минуту, рост 168 см, вес 53 кг. Кожные покровы горячие, сухие. При осмотре кожных покровов врач обратила внимание на высыпания, преимущественно локализирующиеся на ягодицах (рис. 1). Лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, на коже передней брюшной стенки несколько послеоперационных рубцов (пациент сообщил, что несколько раз был оперирован по поводу «острого живота», диагноз подтверждён не был; в 11 лет про-



Рисунок 1. Высыпания на теле пациента, преимущественно локализирующиеся на ягодицах



Рисунок 2. Изменения хрусталика, выявленные при офтальмологическом осмотре

ведена аппендэктомия). Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Врач обратила внимание на то, что у пациента на тумбочке лежат обезболивающие и психотропные препараты. При сборе анамнеза пациент сообщил, что в течение многих лет его беспокоят жгучие боли в кистях и стопах, приливы жара. В случае если пациент находится в жарком или душном помещении, он не мог выдержать урока, лекции, не может работать в офисе, где нет кондиционера. Пациент неоднократно обследовался, однако патология не была выявлена, и он обратился к психиатру, под наблюдением которого и находится в настоящее время. Со слов пациента, назначенное лечение приводит к незначительному облегчению. У пациента есть младшая сестра, которую также беспокоят боли в кистях.

Через 5 дней пациент пришёл на осмотр: катаральных явлений, насморка нет, температура тела 37,2°C. Пациент был направлен на обследование, результаты которого приведены ниже.

1. Общий анализ мочи — белок 0,099 г/л, других изменений не выявлено.
2. Биохимический анализ крови — мочевины 20 ммоль/л, креатинин 267 мкмоль/л, К 5,7 ммоль/л.
3. Эхо-КГ — гипертрофия миокарда левого желудочка без признаков обструкции выносящего тракта.
4. Офтальмолог выявил изменения хрусталика, которые затруднился описать (рис. 2).

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите метод обследования, который позволит подтвердить диагноз у пациента.
4. Требуется ли обследование родственников? Если да, то какие методы будут эффективны?
5. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.