

20% пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы и у 48% пациентов с сердечно-сосудистой патологией). Используя опросник А.И. Сердюка, мы выявили уровень влияния заболевания на социальный статус больных, следовательно, определили «точку приложения» психотерапевтического воздействия на пациента в процессе его реабилитации.

2. Результаты исследования подтверждают отличия в отношении к своему заболеванию у пациентов с различным уровнем тревожности и соматической патологией.

Список литературы

1. Лазебник А.И. Динамика показателей распространенности суицидов в г. Ижевске и Удмуртской республике на разных этапах переходного периода / XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань. СПб.: Издательский отдел ООО «Альта Астраю». С.898.

2. Любов Е.Б., Зотов П.Б, Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11. № 1(38). С. 3-38.

3. Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 78.

4. Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 60-61.

5. Пьянзова Т.В. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии // Туберкулез и болезни лёгких. 2012. №5. С. 33–38.

УДК 616.5-002.525.2

**Цориева А.А., Вишнева Е. М.
ВАРИАНТЫ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Tsorieva A.A., Vishneva E.M.
VARIANTS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATUS DEBUT.
CLINICAL CASE**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: solovey1998anya@mail.ru

Аннотация. Выделить конкретные субтипы СКВ непросто. У каждого больного имеются только ему присущие симптомы, течение заболевания, особенности развития обострений, сопутствующая патология, ответ на терапию, несмотря на обязательность критериев СКВ – самостоятельный клинико-иммунологический вариант, что необходимо учитывать при динамическом наблюдении и выборе тактики лечения. Описан клинический случай пациентки с атипичным проявлением дебюта СКВ.

Annotation. It is not easy to identify specific subtypes of SLE. Each patient has only his inherent symptoms, the course of the disease, the features of the development of exacerbations, comorbidity, the response to therapy, despite the mandatory criteria, SLE is an independent clinical and immunological option, that must be taken into account while dynamically observing and choosing treatment tactics. The clinical case of the patient with atypical manifestation of SLE debut is given.

Ключевые слова: системная красная волчанка, варианты дебюта, варианты течения

Key words: systemic lupus erythematosus, debut options, current options

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное ревматическое заболевание с многочисленными клиническими проявлениями и непредсказуемым течением, поражающее любые органы или системы, которое довольно часто развивается в течение нескольких месяцев или лет со стойкими или наоборот быстро меняющимися клиническими проявлениями, волнообразным течением, чередованием ремиссий и обострений. [1]

Характерная особенность СКВ – многообразие дебютов вариантов течения и клинических проявлений. Обычно болезнь начинается с одного или нескольких симптомов: необъяснимой лихорадки, похудания, анемии, артрита, поражения кожи, феномена Рейно, серозитов, почечной патологии, неврологических нарушений (судороги или хорея), рецидивирующих тромбозов.[3] Клиническая картина в дебюте заболевания может разительно отличаться от «классических» описаний СКВ, что нередко вызывает диагностические затруднения не только у врачей общего профиля, но и у ревматологов. Не случайно СКВ называют «болезнью-хамелеоном» или «великим имитатором болезней»: существует около полусотни заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики с СКВ, особенно на начальных стадиях. [4]

Цель исследования – демонстрация клинического случая, вариативности дебюта и течения СКВ, отметить значение своевременной диагностики и адекватного лечения данного заболевания.

Материалы и методы исследования

Был описан и проанализирован клинический случай пациентки с СКВ, имеющий атипичный вариант дебюта и клинических проявлений.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка О., 28 лет, менеджер. Обратилась 03.10.2019 к врачу-ревматологу с жалобами на отек, гипертермию, гиперемию тканей в области правого голеностопного сустава в течение 2 суток. Была направлена для исключения артрита.

Считает себя больной с августа 2019 года, когда впервые ощутила повышение температуры тела, слабость, головная боль, боли в мышцах, животе, появились рвота, послабление стула, снижение диуреза. Была госпитализирована в городскую больницу.

В ходе обследования были выявлены следующие симптомы: ОПН тяжелой степени, полиорганный недостаточность (сердечно-сосудистая, почечная, печеночная), криптогенный сепсис, сегментарная нижнедолевая пневмония, анемия тяжелой степени, артрит, миозит, полисерозит.

Было проведенное следующее лечение: гемодиализ, «пульс»-терапия ГКС, антибактериальная терапия, гемотрансфузии, преднизолон 90 мг 5 дней в/в, затем внутрь 30 мг/сут. На фоне проведенной терапии состояние пациентки улучшилось и ее выписали домой.

При осмотре: отек и гипертермия мягких тканей в области правого голеностопного сустава. При аускультации тоны сердца приглушены. Остальные органы и системы без особенностей.

Был поставлен предварительный диагноз: рожистое воспаление кожи правой голени.

Для исключения ДБСТ пациентка была направлена на дообследование.

Назначена терапия: Авелокс 400 мг 10 дней, Аркоксиа 90 мг на ночь 5 дней, затем Нимесил 100 мг на ночь 5 дней, сухие повязки с банеоцином.

Результаты обследования:

Заключение ЭхоКГ: пролапс митрального клапана 1 ст. Минимальная митральная регургитация. Выпот в полость перикарда.

На УЗИ органов брюшной полости и почек отклонений не выявлено.

УЗДС вен НК: Глубокие и поверхностные вены НК проходимы с 2х сторон. Киста Бейкера слева. Межфасциальная гематома справа.

УЗИ голеностопного сустава: признаки синовита голеностопных суставов, более выраженные справа.

Антинуклеарные антитела не выявлены.

Гематология: анемия, повышены ферритин, мочевины и глюкоза, повышение СОЭ до 56 мм/ч, эритропения, тромбоцитопения, лейкоцитоз.

Общий анализ мочи: повышен удельный вес, обнаружены в больших количествах эритроциты, лейкоциты и белок.

Через неделю, 10.10.2019 пациентка пришла на повторный прием. На фоне проводимой терапии сохраняется экссудат в полости перикарда. Сохраняется анемия, однако ферритин выше нормы. Сохраняется эритропения, тромбоцитопения. В области г/ст суставов – синовит, периартикулярный отек.

Лейкоцитоз может быть сопряжен с инфекционным процессом а также с приемом ГКС (пациентка принимает метипред 20 мг/сут).

Требуется исключение СКВ с учетом полисиндромности (полисерозит, нефрит, миозит, артрит, характерные гематологические расстройства, инфекционные осложнения).

После дополнительного обследования пациентка пришла на прием 31.10.2019. На фоне проводимой терапии динамика положительная, общее состояние улучшилось. Убедительных данных в пользу СКВ не получено, так как не обнаружены антинуклеарные антитела и аутоантитела. Обращает на себя внимание повышение острофазовых тестов, лейкоцитурия, персистирующая анемия. Дифференциальный диагноз между рожистым воспалением и ревматоидным артритом. Пациентке рекомендовано ограничение белка и соли. Назначены: урваксом (1к утром 3 мес), канефрон (2т 3р 3 мес), ферлатум (1фл 2р 3 мес).

На плановом приеме 17.01.2021 года после динамического наблюдения за общим состоянием пациентки и результатами обследований были сделаны следующие выводы: на фоне проводимой терапии состояние удовлетворительное, диурез достаточный. Рецидивирует артрит левого коленного сустава, дистального межфалангового сустава 2 п правой кисти. С учетом нормальных показателей АЦЦП и иммунограммы, отсутствием характерных для суставов изменений, диагноз РА поставлен быть не может. Дифференциальный диагноз ДБСТ. Назначены: базисная терапия (Арава 20 мг 2р/сут, нимесил 100 мг), уросептики (Урваксом, Фуромаг 50 мг).

Спустя месяц, 24.02.2020 пациентка пришла на плановый прием. На фоне проводимой терапии: пациентка отмечает улучшение самочувствия, однако артралгии сохраняются. Персистирует артрит левого коленного сустава, левого г/ст сустава, ПМФС и ДМФС 2п левой кисти.

При осмотре: деформация коленного и г/ст суставов слева, экссудативные изменения в левом коленном, г/ст, ПМФС 2п левой кисти. Объем движений ограничен.

Пациентка продолжает принимать базисную терапию.

Динамика на 14.03.2020: состояние удовлетворительное. Отмечает улучшение самочувствия. Артралгии сохраняются. Персистирует артрит левого коленного сустава, левого г/ст сустава, ПМФС и ДМФС 2п левой кисти. При осмотре суставы визуально не изменены, экссудативные изменения не выявлены. С учетом улучшения состояния на фоне ГКС и базисной терапии, волнообразным течением заболевания, наличием полисиндромности, артрита, серозита, поражения почек был поставлен окончательный диагноз: СКВ, острое течение (ОПП, полисерозит, артрит, анемия), активность 2 ст. Пациентка продолжает базисную терапию.

Спустя 3,5 месяца пациентка пришла на плановый прием для контроля состояния и оценки эффективности проводимой терапии. Жалобы у пациентки отсутствуют. На фоне базисной терапии состояние значительно улучшилось.

Аппетит сохранен, прибавка в весе 2-3 кг. Суставной синдром не рецидивирует. Экссудативные изменения в перикарде купированы. Сохраняется увеличение СОЭ до 44 мм/ч. Эритроцитурия, протеинурия и лейкоцитурия купированы. Самостоятельно прекратила прием Арава, в связи с чем была проведена беседа.

Рекомендовано продолжить базисную терапию (Арава 20мг 2р/сут, нимесил 100мг), Нольпаза 40 мг утром постоянно, курс гепатопротекторов (Гептронг 3,0 в/м).

На контрольном визите 15.09.2020 пациентка жалоб не предъявила. Продолжает лечение. Сохраняется умеренная астенизация, экссудативные изменения во 2 ПМФС левой кисти, левого коленного сустава. Обращает на себя внимание уменьшение СОЭ до 35 мм/ч. Тенденция к гипотонии. Умеренное повышение трансаминаз. В связи с этим можно сделать вывод о корректно поставленном диагнозе и об эффективности проводимой терапии.

Выводы:

1. СКВ – многоликое заболевание. Несмотря на огромное количество исследований, болезнь продолжает оставаться загадкой. Атипичные варианты дебюта и течения, непредсказуемость развития обострений и ремиссий, резистентность даже к агрессивным методам лечения, обширный спектр сопутствующей патологии – вот далеко не весь перечень проблем, с которыми приходится сталкиваться при ведении больных СКВ.

2. Большое значение для диагностики СКВ имеют возраст начала заболевания (молодые пациенты), женский пол, связь с провоцирующими факторами (инсоляция, беременность, роды).

3. Необходимо дифференцировать СКВ от других заболеваний соединительной ткани.

4. Современная тактика при СКВ должна включать не только раннюю диагностику и назначение адекватной терапии, но и поиск возможных клинико-лабораторных предикторов обострений и неблагоприятного исхода, профилактику осложнений самого заболевания и проводимого лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни больных.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Системная красная волчанка. / Ассоциация ревматологов России // Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 2 года) – 4 с.

2. Клинические особенности дебюта системной красной волчанки у детей и подростков / Лукьянова В.Н., Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Конева Л.Н., Марина О.Д. // Рос вестн перинатол и педиат. – 2016. №3. – 196 с.

3. Клюквина Н.Г. Системная красная волчанка: многообразие форм и вариантов течения // Современная ревматология. - М.: 2016. – 3-5 с.

УДК 616.61

Цориева А.А., Вишнева Е. М.