

Наиболее неблагоприятный прогноз отмечен при самом слабом снижении креатинина и мочевины после диализа, что привело к самым высоким уровням креатинина и мочевины после диализа.

Как на первом, так и на третьем году благоприятными типами реакций на диализ являются реакции, отнесенные к первому и пятому кластерам, и неблагоприятными – отнесенные к третьему кластеру.

ВЫВОДЫ

1. Перед началом ПЗТ метаболические параметры достоверно не отличались в группах выживших и умерших пациентов с ХБП.
2. В группе выживших пациентов на 1 году программного ГД достоверно ниже показатели катаболизма (креатининемия как до, так и после ГД, мочевина, K^+ , Fe, АлАТ, холестерин) по сравнению с умершими.
3. На третьем году ПЗТ существенно возрастает (в полтора раза) количество лабораторных показателей, отличающих выживших и погибших пациентов.
4. Сравнение типов реакций на ГД при помощи кластерного анализа на первом и третьем году ПЗТ к благоприятным прогностическим признакам относились низкие или средние значениями креатинина до и после диализа. Наиболее неблагоприятный прогноз отмечен при самом слабом снижении креатинина и мочевины после диализа.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Gandjour A, Costs of patients with chronic kidney disease in Germany. PLoS One./ Gandjour A, Armsen W., Wehmeyer W. - 2020. 15(4):0231375. doi:10.1371/journal.pone.0231375
2. Synchrony of biomarker variability indicates a critical transition: Application to mortality prediction in hemodialysis / V. Perkovic [et al] // N. Engl. J. Med. – 2019. – Vol. 380, № 24. – P. 2295-2306.
3. Evangelidis N, Developing a set of core outcomes for trials in hemodialysis: An international Delphi survey. Am J Kidney Dis./ Evangelidis N, Tong A, Manns B - 2017;70:464-475.
4. Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes and nephropathy / V. Perkovic [et al] // N. Engl. J. Med. – 2019. – Vol. 380, № 24. – P. 2295-2306.
5. Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической болезнью почек 5 стадии методом программного гемодиализа: постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь, клинический протокол, 2 августа 2021 г., № 93 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2021. – 24 с.

Сведения об авторах

Д.В. Лосацкая – студент лечебного факультета
П.С. Кецко* – студент лечебного факультета
К.М. Дорохин – кандидат медицинских наук, доцент
С.Д. Орехов – кандидат медицинских наук, доцент
Н.П. Хлюпина – врач анестезиолог-реаниматолог

Information about the authors

D.V. Losaczka – Student
P.S. Ketsko* – Student
K.M. Dorokhin – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor
S.D. Orekhov – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor
N.P. Khlyupina – Anesthesiologist-resuscitator

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

ketsko.polina@bk.ru

УДК: 616.248

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Луткова Регина Ридановна, Попов Артём Анатольевич

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Дифференциальная диагностика респираторных расстройств у пациентов с ревматоидным артритом представляет собой достаточно сложную задачу. В статье представлен клинический случай развития поздно возникшей бронхиальной астмы (ПВБА) у пациента с ревматоидным артритом (РА). Описана взаимосвязь

развития астмы с ожирением и менопаузой. **Цель исследования** – описать трудности дифференциальной диагностики практикующего врача заболеваний бронхолегочной системы у полиморбидного пациента. **Материал и методы.** Проведен тщательный сбор анамнеза со слов пациентки, а также анализ медицинской документации и медицинской литературы. От пациента получено информированное добровольное согласие (ИДС) на публикацию клинического примера. Форма ИДС утверждена локальным этическим комитетом УГМУ. **Результаты.** Поздняя диагностика и старт терапии РА, недостаточные дозы лекарственных препаратов приводят к неблагоприятному течению заболевания. Трудности выявления бронхиальной астмы (БА) связаны с полиморбидностью пациента, наличия ожирения и менопаузы. **Выводы.** Описанный клинический случай показывает трудности диагностики заболеваний органов респираторной системы у полиморбидных пациентов. Такие пациенты зачастую вызывают трудности в работе специалистов амбулаторного звена. Эффективная диагностическая тактика и осторожность врача в отношении этих пациентов позволит уменьшить снижение качества жизни, снизить показатели нетрудоспособности и инвалидизации.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ревматоидный артрит.

A CLINICAL CASE OF LATE BRONCHIAL ASTHMA ONSET IN A RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENT

Lutkova Regina Ridanovna, Popov Artem Anatolyevich

Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Differential diagnosis of respiratory disorders in patients with rheumatoid arthritis is a rather difficult task. The article presents a clinical case of the development of late-onset bronchial asthma (PVBA) in a patient with rheumatoid arthritis (RA). The relationship of asthma onset with obesity and menopause has been described. **The aim of the study** is to describe the difficulties of a practicing physician in bronchopulmonary diseases differential diagnosis in a polymorbid patient. **Material and methods.** A thorough history collection was carried out from the words of the patient, as well as an analysis of medical documentation and medical literature. Informed voluntary consent (IVC) was obtained from the patient for the publication of a clinical example. The IVC form has been approved by the local ethics committee of the UGMU. **Results.** Late diagnosis and start of RA therapy, insufficient doses of medications lead to an unfavorable course of the disease. Difficulties in detecting bronchial infection are associated with the patient's polymorbidity, the presence of obesity and menopause. **Conclusion.** The described clinical case shows the difficulties in diagnosing diseases of the respiratory system in polymorbid patients. Such patients often cause difficulties in the work of outpatient specialists. Effective diagnostic tactics and the doctor's alertness towards these patients will reduce the decline in the quality of life, reduce the rates of disability and disability.

Keywords: bronchial asthma, rheumatoid arthritis.

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [1]. Традиционно БА считают болезнью молодого возраста, но эпидемиологические исследования и клинический опыт свидетельствуют о ее широком распространении и в старших возрастных группах. В условиях постоянно растущего числа пожилых людей во всем мире выявление и надлежащее лечение поздно возникшей БА, в том числе у пожилых лиц, является актуальной проблемой здравоохранения [2].

Цель исследования – описать трудности дифференциальной диагностики практикующего врача заболеваний бронхолегочной системы у полиморбидного пациента.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен тщательный сбор анамнеза со слов пациентки, а также анализ медицинской документации и медицинской литературы. От пациента получено информированное добровольное согласие (ИДС) на публикацию клинического примера. Форма ИДС утверждена локальным этическим комитетом УГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На прием терапевта обратилась Пациентка У., 55 лет с жалобами на одышку экспираторного характера, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке; периодический сухой кашель; ощущение скопления слизи в гортани по утрам, необходимость

ее откашливать; периодически возникающие приступы удушья при контакте с резкими запахами (сигаретный дым, парфюм, моющие средства), вдыхании холодного воздуха, а также при повышении АД и при выраженном болевом синдроме.

Впервые выраженные боли в коленных суставах и одышка появились в 1987 г. При госпитализации пациентке был выставлен диагноз острого миокардита, т.к. были выявлены изменения на ЭКГ и воспалительные изменения в ОАК. Со слов, на фоне терапии болевой синдром и одышка были купированы. Периодически пациентку беспокоили боли в коленных, локтевых, плечевых суставах, однако на фоне терапии НПВП и физиотерапии данные жалобы купировались, ограничения движений не наблюдалось. В 2006г. была госпитализирована для обследования в областную больницу, когда возникли выраженные боли в коленных, локтевых, голеностопных суставах, отечность суставов кистей, коленных суставов, утренняя скованность в суставах кистей. Одышка возникала ситуационно, при физической нагрузке, однако пациентку она не беспокоила. Был установлен диагноз РА на основании высокого РФ, положительного анализа на АЦЦП, типичных рентгенологических изменениях суставов кистей и стоп. На фоне терапии преднизолоном 10 мг наблюдалась положительная динамика, в виде уменьшения болевого синдрома. При выписке пациентке рекомендовано продолжать ГКС по схеме, базисная терапия не была назначена. В период с 2006г. по 2009г. пациентка ежегодно по 2-3 раза в год госпитализировалась в терапевтическое отделение районной больницы с суставным синдромом, где также проводилось лечение преднизолоном 60 мг с последующим снижением дозы, НПВП, физиотерапия с положительным эффектом. В 2009 г. ревматолог назначил пациентке метотрексат 5 мг. На фоне приема метотрексата в течение года суставной синдром сохранялся. Далее пациентка была переведена на метотрексат 10 мг с терапевтическим эффектом.

В 2014 г. без видимых причин у пациентки стали возникать приступы кашля, которые купировались самостоятельно, одышка, снижение толерантности к физической нагрузке. Далее приступы кашля становились более частыми, переходя в приступы удушья, а иногда сопровождались приступами беттолепсии. Возникновение приступов кашля пациентка связывала с контактом с резкими запахами (сигаретный дым, парфюм, моющие средства), вдыхании холодного воздуха, болевом синдроме. Пациентка была госпитализирована в отделение терапии в 2015г., где ей был установлен диагноз аллергической БА. Назначена кислородотерапия, дексаметазон, эуфиллин, пульмикорт, амоксицилин, муколитики. На фоне терапии приступы удушья сохранялись, пациентка была переведена в областную больницу. Пациентка была консультирована психиатром, патологии не выявлено. В областной больнице был выставлен диагноз: Бронхиальная астма, смешанная, атопическая инфекционно-зависимая, тяжелой степени тяжести, персистирующее течение, стадия обострения. Назначено тиотропия бромид (спирива) 2,5 мкг/доза 1 р/сут, салметерол+флутиказон (серетид) 50/500 мкг 2 р/сут. На фоне терапии отмечено незначительное уменьшение одышки, купирование приступов кашля и удушья. В 2015 г. пациентке было установлено профзаболевание. В связи с возникновением БА, было принято решение перевести пациентку с метотрексата на сульфасалазин 500 мг 3 раза в сутки. Через две недели с начала приема сульфасалазина у пациентки снова возник суставной синдром, поэтому была возобновлена терапия метотрексатом через 3 месяца.

В анамнезе присутствовали операции: аппендэктомия в 1985г., 2010г.- тиреоидэктомия по поводу узлового зоба, 2014 г. – экстирпация матки с придатками по поводу миомы матки больших размеров. Также при расспросе стало известно, что пациентка с 2000г страдала парадонтитом, по прошествии 5 лет полная адентия, возникла необходимость в зубном протезировании. Аллергоанамнез: спокоен. Работала 18 лет, образование-среднее медицинское, в течение 19 лет работала уборщицей служебных помещений. Также из анамнеза стало известно, что пациентка 3-4 раза в год госпитализируется с диагнозом внебольничная пневмония в терапевтический стационар.

Наследственный анамнез: отец умер в возрасте 39 лет от опухоли головного мозга, мать умерла в возрасте 45 лет от острой сердечной недостаточности. Мать стояла на учете с 20 лет с БА, при вскрытии был обнаружен врожденный порок-отсутствие левого легкого.

При объективном осмотре обращает на себя внимание наличие подвывихов головок плюснефаланговых суставов с формированием молоткообразной деформации пальцев; латеральная девиация суставов кистей; деформация большого пальца стопы; а также лунообразное лицо. Рост пациентки 164 см, вес 100 кг, ИМТ 37.2 (ожирение второй степени). Грудная клетка эмфизематозная, перкуторно-коробочный звук, аускультативно дыхание ослаблено, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон на выдохе.

При лабораторном исследовании патологии в ОАК и ОАМ не выявлено. Уровень ревматоидного фактора в сыворотке крови 151,7 МЕ/мл. Мокрота слизистая, лейкоциты-3-4 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена не обнаружены. При ФВД определены следующие показатели: ФЖЕЛ-2,12 (69% долж.), ОФВ1-1,18 (46% долж.), индекс Тиффно-82 (102% долж.). Резко выражены вентиляционные нарушения по рестриктивному типу.

В связи с тяжелым течением БА и высоким риском возникновения приступа удушья бронхоскопия пациентке не была проведена.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки, проведенной в 2022 году, было выявлено в паренхиме легких субплеврально немногочисленные участки гиповентиляции по типу матового стекла, расширение корней легких, множественные внутригрудные лимфатические узлы диаметром до 9 мм. По данным МСКТ проведенным в динамике в 2024 году: в S9 левого легкого локальный участок уплотнения по типу «матового стекла», деформация легочного рисунка, усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, в S5 обоих легких линейный фиброз.

Несмотря на длительный анамнез ревматоидного артрита, поражения легких и развития бронхиальной астмы, биопсия пациентке так и не была проведена. Рекомендовано динамическое проведение МСКТ органов грудной клетки.

До оперативного лечения (экстирпация матки с придатками) пациентка менструировала. Соответственно, после операции у пациентки возник искусственный климакс, который связан с ПВБА. К тому же, при первом обращении пациентке был неверно диагностирован аллергический вариант БА, что привело к неверной тактике начала терапии. Отсутствие гистологического исследования поражения легких в данном случае затрудняет диагностику поражения легких. В представленном клиническом случае также можно отметить, что диагноз РА у пациентки был установлен поздно, т.к. на момент постановки диагноза уже были рентгенологические изменения. Были назначены недостаточные дозы базисной терапии метотрексатом 5 мг, что не привело к купированию суставного синдрома. Также своевременно не была проведена коррекция дозы базисной терапии метотрексатом в течение года, в связи с чем не наступил терапевтический эффект от лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В 2014 г. перенесла оперативное лечение- экстирпация матки с придатками по поводу миомы матки больших размеров. До оперативного лечения, со слов, пациентка менструировала. Соответственно, после операции у пациентки возник искусственный климакс. К тому же, при первом обращении пациентке был неверно диагностирован аллергический вариант БА, что привело к неверной тактике начала терапии.

Астма, начинающаяся во время менопаузы, часто характеризуется более тяжелым течением и плохим ответом на лечение. G. Balzano et al. в 2007 г. показали, что женщины с менопаузальной астмой меньше страдали атопией, чаще страдали заболеваниями верхних дыхательных путей (синуситы и др.), чем женщины с БА, дебют которой наступил до начала менопаузы, а также имели значительно более высокое количество нейтрофилов в мокроте ($19,5 \pm 10,8$ против $3,3 \pm 4,3\%$; $p = 0,001$) и более высокий процент прогрессирования заболевания во время однолетнего последующего периода наблюдений ($5,09 \pm 4,85$ против

0,78±0,97; p = 0,05) [3]. Таким образом, у этой группы пациенток преобладал нейтрофильный, а не эозинофильный характер воспаления.

Несмотря на большое количество работ, до конца не выяснен вопрос, почему БА возникает чаще у женщин и в чем причина появления в последнее время такого понятия, как «поздняя» астма. Женские половые гормоны играют значительную роль в развитии аллергических заболеваний с наиболее хорошо изученными эффектами эстрогенов. Однако механизмы влияния женских половых гормонов на развитие аллергических заболеваний, в том числе БА, по-прежнему малоизучены [4].

Начало астмы у женщин после менопаузы, нередко связанное с сопутствующим увеличением массы тела, указывает на эндокринный механизм, такой как увеличенный эндогенный синтез эстрогенов вторичным источником, а именно жировой тканью [5]. Как известно из представленного клинического случая, наша пациентка страдала ожирением (ИМТ 37,2), которая возникла, вероятно, на фоне длительной глюкокортикостероидной терапии по поводу обострений РА.

Связанная с ожирением ПВБА характеризуется отсутствием атопии, преобладанием у женщин. Предполагается, что ожирение способно вызывать развитие ПВБА посредством изменения структуры легких или функции иммунной системы. Эти факторы риска могут способствовать хроническому воспалению и оксидативному стрессу, а также повышению уровня медиаторов врожденного иммунитета. У пациентов с ПВБА реже выявляется атопический статус. У больных ПВБА, как правило, имеется несколько сопутствующих заболеваний, они получают препараты различных групп, у них отмечается плохая ингаляционная техника, низкая физическая активность, для них характерно одиночество, изменения психологического статуса (депрессия, деменция и т.д.). Как минимум у 9–15% больных ПВБА имеют место профессиональные факторы вредности, в том числе стресс, связанный с работой [6]. Наша пациентка работала длительное время уборщицей технических помещений, было вдыхание различных химических аэрозолей.

ВЫВОДЫ

Описанный клинический случай показывает трудности диагностики заболеваний органов респираторной системы у полиморбидных пациентов. Такие пациенты зачастую вызывают трудности в работе специалистов амбулаторного звена. Эффективная диагностическая тактика и настороженность врача в отношении этих пациентов позволит уменьшить снижение качества жизни, снизить показатели нетрудоспособности и инвалидизации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. – 2020. – 211 с. – URL: www.ginasthma.org.
2. Бронхиальная астма с поздним дебютом / Иванов А.ФФ, Черняк Б.А. // Астма и аллергия. – 2019. – № 1. – С. 8-11.
3. Persistent airway inflammation and high exacerbation rate in asthma that starts at menopause / Balzano G., Fuschillo S., De Angelis E. et al. // *Monaldi Arch. Chest Dis.* – 2007. – Vol. 67, № 3. – P. 135-141.
4. Особенности течения бронхиальной астмы у женщин в разные возрастные периоды и ее связь с гормональным статусом: обзор литературы / Мирошкина А.В., Трофимов В.И. // *Вестник СПбГУ.* – 2015. – Т. 11, № 3. – С. 36-44.
5. Бронхиальная астма с поздним началом: возможности персонализированной терапии / Визель А.А., Визель И.Ю. // *Практическая пульмонология.* – 2018. – № 1. – С. 44-48.
6. Estradiol fatty acid esters in adipose tissue and serum of pregnant and pre- and postmenopausal women / Badeau M., Vihma V., Mikkola T. S. et al. // *The Journal of clinical endocrinology and metabolism.* – 2007. – Vol. 92, № 11. – P. 4327-4331.

Сведения об авторах

Р.Р. Луткова* – ординатор кафедры госпитальной терапии

А.А. Попов – заведующий кафедрой госпитальной терапии, доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

R.R. Lutkova* – Postgraduate student of the Department of Hospital Therapy

A.A. Popov – Head of the Department of Hospital Therapy, Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

regina.r.1110@yandex.ru