

2. Клинические рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр) // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, №1,2. – С. 137-209

3. Таланкина А.А. Клинические и психологические особенности лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А.А. Таланкина, П.А. Палабугина, А.В. Акимова, В.А. Миронов // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы II Международной (72 Всероссийской) научно-практической конференции молодых учёных и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 12-14 апреля 2017 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2017. — Том 1. — С. 361-367

4. Творогова, Т. М. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани с позиции дизэлементоза у детей и подростков /Т.М. Творогова, А.С. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2012. – №24. – С. 1215-1221

5. Шупина, М. И. Профилактика нарушений минеральной плотности кости у подростков с дисплазией соединительной ткани / М. И. Шупина, Г. И. Нечаева // Лечащий врач. – 2014. - №4. – С. 38-40

УДК 616.392

**Палабугина П.А., Попов А.А., Думан В.Л., Федотова Л.В.,  
Гончаренко О.В., Степанова М.А.**

**ЦИНГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация

**Palabugina P.A., Popov A.A., Duman V.L., Fedotova L.V.,  
Goncharenko O.V., Stepanova M.A.**

**CLINICAL CASE OF SCURVY**

Department of hospital therapy and emergency medicine  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: palabugina94@yandex.ru

**Аннотация.** В статье представлено описание клинического случая цинги, диагностированной в 2018 г., первоначально расцененной как системный васкулит.

**Annotation.** The article describes a clinical case of scurvy diagnosed in 2018, initially considered as systemic vasculitis.

**Ключевые слова:** цинга, системный васкулит.

**Key words:** scurvy, systemic vasculitis.

## **Введение**

В настоящее время изменения в структуре питания привели к практически полному исчезновению в развитых странах болезней, обусловленных дефицитом витаминов или микроэлементов. Между тем, в последние годы стали появляться публикации об учащении случаев тяжелого дефицита отдельных витаминов [1,2,3].

**Цель исследования** – рассмотрение на примере данного клинического случая современного течения цинги, а также необходимости дифференциальной диагностики цинги и системных васкулитов с учетом нутриционного анамнеза.

## **Материалы и методы исследования**

Изучена предоставленная пациенткой медицинская документация, а также проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Мы наблюдали случай цинги у женщины 60 лет, первоначально расцененный как болезнь Шенлейна-Геноха, а затем как криоглобулинемический васкулит.

Пациентка считает себя больной примерно с 1977 г., когда в возрасте 39 лет впервые отметила интенсивную ноющую боль в животе опоясывающего характера после нарушения диеты. В результате обследования был диагностирован хронический панкреатит. В последующие годы частые обострения заставляли пациентку придерживаться строгой диеты.

В 1997 г. впервые в области нижних конечностей заметила спонтанно возникшие единичные экхимозы. При обращении за медицинской помощью, был заподозрен геморрагический васкулит. Принимала аскорутин – с положительным эффектом. В дальнейшем при появлении экхимозов самостоятельно принимала аскорутин, к специалистам не обращалась.

В сентябре 2011 г. обратилась к ревматологу из-за появления высыпаний на нижних конечностях и нарастания слабости. При госпитализации в ревматологическое отделение: гемоглобин 112 г/л, эритроциты  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6,7 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты  $374 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 16 мм/ч; СРБ 20 мг/л, ЦИК 138, АТ к ДНК 0. Дерматологом 14.09.2011 г. диагностирована «аллергическая пурпура», рекомендован прием антигистаминных препаратов. Назначенное лечение без эффекта. В условиях ревматологического отделения начата терапия преднизолоном в дозе 40 мг, затем препарат был постепенно отменен в связи с отсутствием эффекта от лечения.

12.10.2011 г. госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение в связи с обострением хронического панкреатита. При обследовании: эритроциты  $3,74 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 104 г/л, лейкоциты  $10 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 21 мм/ч, HbsAg и антитела к HCV не обнаружены. 19.12.2011 г. проконсультирована гематологом, поставлен диагноз «геморрагический васкулит, кожная форма»,

рекомендовано лечение у ревматолога. Постепенно размеры экхимозов увеличились и распространились до нижней трети бедер.

В начале декабря 2011 г. отметила повышение температуры до 38°C, усилились боли в нижних конечностях, нарастали отеки нижних конечностей, в связи с чем госпитализирована в ревматологическое отделение. В ОАК выявлено снижение гемоглобина до 55 г/л, ускорение СОЭ, лейкоцитарная формула без особенностей. 31.12.2011 г. выполнена стерильная пункция, результат которой получился неинформативным. При проведении онкопоиска органической патологии выявлено. Учитывая прогрессирующую анемию, лабораторные показатели активности процесса (СОЭ 56 мм/ч), картину иммунной васкулопатии решено начать лечение глюкокортикоидами: проведена пульс-терапия метипредом с последующим переходом на прием метипреда внутрь в дозе 16 мг в сутки. На фоне проводимой терапии произошел быстрый регресс явлений васкулита, улучшение лабораторных показателей. В течение 3 месяцев после выписки из стационара метипред был постепенно отменен. В период с 2012 по 2017 г. ежегодно госпитализировалась в гастроэнтерологическое отделение по поводу обострения хронического панкреатита.

С июня 2017 г. отметила появление резистентной к лечению ноющей боли в околопупочной области, в связи с чем стала соблюдать строгую диету (полностью исключила из рациона овощи, фрукты).

В августе 2017 г. вновь заметила образование экхимозов на нижних конечностях. С августа по декабрь 2017 г. трижды находилась на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в связи с обострениями хронического панкреатита. В январе 2018 г. в связи с нарастанием слабости, увеличением количества экхимозов была госпитализирована в ревматологическое отделение. После обследования и проведения консилиума поставлен диагноз «криоглобулинемический васкулит». Начата терапия метипредом в дозе 12 мг в сутки. На фоне терапии ГКС состояние по кожным элементам с некоторым улучшением. Консультирована гематологом, после рекомендованного обследования поставлен диагноз «гемолитическая анемия». В связи с нарастанием анемии (гемоглобин 66 г/л) проведена гемотрансфузия отмытых эритроцитов с индивидуальным подбором. Доза метипреда увеличена до 32 мг, также рекомендован прием фолиевой кислоты 15 мг в сутки. На фоне лечения количество кожных элементов уменьшилось, также отмечалась положительная динамика лабораторных показателей (гемоглобин 100 г/л, СОЭ 10 мм/ч, СРБ 21,1 мг/л). Выписана из стационара под наблюдение ревматолога, гематолога, гастроэнтеролога. После выписки доза метипреда постепенно снижена до 8 мг в сутки.

С июня 2018 г. вновь стала беспокоить интенсивная боль в эпигастрии, опоясывающего характера, нарастала слабость. Не была госпитализирована в гастроэнтерологический стационар в связи с длительным лечением глаукомы обоих глаз. Соблюдала строгую диету, принимала эзомепразол, ферментные

препараты, дюспаталин – без эффекта. В гастроэнтерологическое отделение в плановом порядке госпитализирована 15.10.2018 г. по поводу обострения хронического панкреатита, в связи с неэффективностью амбулаторного лечения.

При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, интенсивную опоясывающую боль в животе, горечь, неприятный привкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, приступообразные боли спастического характера по ходу толстой кишки, повышение температуры тела до 37,4°C. За 1,5 года отмечает похудание на 15 кг. Стул неустойчивый – чередование запоров и диареи, без патологических примесей.

При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Рост 164 см, вес 59 кг. ИМТ 21,9 кг/м<sup>2</sup>. На коже выявляются обширные экхимозы на передней брюшной стенке, внутренней поверхности левого бедра, в области правого коленного сустава, на коже обеих голеней – перифолликулярные кровоизлияния. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин. АД 140/80 мм рт.ст. При осмотре ротовой полости выявлены рыхлость, кровоточивость десен (лечится у стоматолога с диагнозом пародонтоза). Язык с белесоватым налетом у корня. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации болезненный в эпигастрии, зоне Шоффара, левой боковой области. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Размеры по Курлову (+1,5)11х9х8см. Селезенка не пальпируется, ее размеры (0)6х5 см. Диурез сохранен.

При поступлении в анализе крови: эритроциты  $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 94 г/л, СОЭ 38 мм/ч, уровень тромбоцитов и лейкоцитов в пределах нормы. В ОАМ повышен уровень уробилина. При копрологическом исследовании выявлены стеаторея, амилорея, креаторея. В биохимическом анализе крови повышен уровень билирубина (38,2 ммоль/л) за счет обеих фракций (прямой 12,1 ммоль/л, непрямой 26,1 ммоль/л), общий холестерин 5,7 ммоль/л, триглицериды 1,3 ммоль/л, ЛПВП 1,32 ммоль/л, ЛПНП 3,55 ммоль/л; другие показатели (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, общий белок, глюкоза, мочевины, креатинин, железо сыворотки, ОЖСС) в пределах нормы. Показатели коагулограммы (МНО, ПТИ) также в пределах референсных значений. СРБ – 48 мг/л. HbsAg, антитела к HCV – не обнаружены. ФЭГДС: СГПОД, эрозивный гастрит. Результат УЗИ органов брюшной полости, почек: диффузные изменения печени и поджелудочной железы; киста левой почки; микролиты правой почки. ЭКГ без патологии. Криоглобулины не обнаружены. С целью исключения системной красной волчанки проведены исследования на титр АТ к ДНК и LE-клетки №3, результаты также отрицательные.

Было начато лечение обострения хронического панкреатита. Также пациентка продолжала принимать метипред 8 мг утром, фолиевую кислоту 15 мг в сутки, антигипертензивную терапию.

При анализе анамнестических данных критериев кожногелейкоцитокластического, криоглобулинемического и IgA-ассоциированного васкулита выявлено не было. По характеру геморрагических элементов, наличию гингивита, а также в связи с отсутствием в течение нескольких месяцев в рационе пациентки продуктов, содержащих аскорбиновую кислоту, нами была заподозрена цинга. Был взят анализ крови для определения уровня витамина С, после чего назначена инфузионная терапия физиологическим раствором с 10 мл 5%аскорбиновой кислоты. После начала терапии было отмечено некоторое побледнение кожных элементов. К восьмым суткам практически все высыпания исчезли. Через девять дней был получен результат анализа на уровень витамина С– 3 мкг/мл (при норме 4-20 мкг/мл). Таким образом, снижение уровня аскорбиновой кислоты, а также быстрый эффект от проводимого лечения подтвердили диагноз «цинга». Пациентка выписана с улучшением и рекомендациями по дальнейшему приемуаскорутина.

Обеспеченность взрослого здорового человека витамином С за счет депо организма составляет от 2 до 6 недель. Для начальных стадий С-гиповитаминоза характерны неспецифические симптомы, такие как снижение умственной и физической работоспособности, вялость, быстрая утомляемость, что может расцениваться как проявление самых разнообразных заболеваний.

#### **Выводы:**

1. Учетданных нутриционногоанамнеза и пищевого статуса позволит заподозрить дефицит витаминов и микроэлементов, а современные диагностические возможности лабораторий – подтвердить предварительный диагноз.

2. Четкое следование требованиям номенклатуры, классификации и критериев диагноза системных васкулитов позволит избежать ошибочной диагностики и лечения пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Чипигина Н.С. Цинга — забытое заболевание под маской геморрагического васкулита. / Н.С. Чипигина, Н.Ю. Карпова, М.А. Большакова, Т.Ю. Калинина и др. // Архив внутренней медицины. –№ 3. – 2017. –С.229

2. Callus, C.A., Vella, S., & Ferry, P. (2018). Scurvy is Back. Nutrition and Metabolic Insights. <https://doi.org/10.1177/1178638818809097>

3. Ceglie G, Macchiarulo G, Marchili MR, et al. Scurvy: still a threat in the well-fed first world? Archives of Disease in Childhood. Published Online First: 07 August 2018. doi: 10.1136/archdischild-2018-315496

УДК:613.846