

Таблица 1

Сводная характеристика пациентов согласно стадиям ХБП

	1 стадия (n=38)	2 стадия (n=53)	3а стадия (n=30)	3б стадия (n=21)	4 стадия (n=12)	5 стадия (n=8)
Распространенность СД, %	13,2	34,0	40,0	19,0	16,7	25,0
Трудоспособность, %	52,6	47,2	46,6	33,3	16,6	12,5
Средний возраст	65,2±11,1	66,1±12,3	67,7±10,2	67,2±13,2	69,5±14,8	68,3±13,4
Альбуминурия, %	10,5	18,9	26,6	28,5	41,6	50,0
Протеинурия, %	2,6	5,6	6,6	14,2	25,0	37,5

Данное исследование демонстрирует высокую встречаемость ХБП 2 и 3а стадий при СД 2 типа. Полученные данные существенно не отличаются от результатов эпидемиологического исследования ХБП в Российской Федерации по данным Федерального регистра взрослых пациентов с сахарным диабетом (2013-2016 гг.) [3].

**Выводы:**

Общая распространенность СД среди всех исследуемых составила 26,5% (n=43). Распространенность СД на стадиях 2 и 3а ХБП была достаточно высока, это указывает на необходимость учета СД при диагностике и ведении пациентов с ХБП с целью своевременного назначения нефропротективной терапии для профилактики быстрой декомпенсации и предупреждения раннего перехода на заместительную почечную терапию. Данная тактика обладает как экономическим эффектом, уменьшая затраты на лечение данных пациентов, так и способствует увеличению продолжительности и улучшению качества жизни.

**Список литературы:**

1. Атлас Диабета, IDF восьмое издание, 2017. [Электронный ресурс] // Atlas of diabetes IDF-edition 8-e, 2017. 281 p. / URL: <http://www.idf.org> (Дата обращения: 01.03.2021).
2. Клинические рекомендации. Нефрология. / под ред. Е.М. Шилова, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 816 с.
3. Шамхалова М.Ш. Эпидемиология хронической болезни почек в Российской Федерации по данным Федерального регистра взрослых пациентов с сахарным диабетом (2013–2016 гг.). / М.Ш. Шамхалова, О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков, М.В. Шестакова, И.И. Дедов // Сахарный диабет. 2018;21(3):160-169.

УДК 616.5-002.525.2

**Полюхович Е.Н., Агаджанова Ш.Р., Веснина Н.С., Вишнева Е.М.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.  
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии  
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Polyukhovich E.N., Agadzhanova Sh.R., Vesnina N.S., Vishneva E.M.**  
**A CLINICAL CASE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS.**  
**FEATURES OF THE COURSE OF THE DISEASE**

Department of faculty therapy and endocrinology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [popskatia@gmail.com](mailto:popskatia@gmail.com)

**Аннотация.** В статье рассматривается клинический случай системной красной волчанки с неклассическим началом, отсутствием фотосенсибилизации и эритематозных высыпаний на начальном этапе заболевания.

**Annotation.** The article describes a clinical case of systemic lupus erythematosus with a non-classical onset, absence of photosensitization and erythematous rashes at the initial stage of the disease.

**Ключевые слова:** системная красная волчанка, люпус-нефрит, варианты течения.

**Key words:** systemic lupus erythematosus, lupus nephritis, course variants.

**Введение**

Системная красная волчанка (СКВ) — это хроническое, гетерогенное, мультисистемное, аутоиммунное заболевание с рецидивирующим течением и изменчивой манифестацией, широким спектром клинических синдромов, неоднозначным прогнозом и ответом на терапию [4]. Этиология до конца не изучена. Предполагают взаимодействие экзогенных факторов и генетической предрасположенности, связующим звеном которых является нарушение эпигенетических механизмов, также установлена роль гормонального фактора на возникновение и проявление заболевания. К сожалению, женщины заболевают в 8-10 раз чаще мужчин. И дебют заболевания приходится на трудоспособный возраст. Смертность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции [2]. Антинуклеарный фактор является основным серологическим тестом для скрининга СКВ [5]. В патологический процесс вовлекаются любые органы и системы органов, но чаще всего поражается кожа, костно-мышечная система, почки, центральная нервная система. Клиническая картина настолько вариабельна, что редко можно встретить двух пациентов с одинаковыми симптомами. В некоторых случаях в начале заболевания могут отмечаться общие проявления: нарастающая общая слабость, отсутствие аппетита, недомогание, быстрая утомляемость, лихорадка, потеря массы тела. Вследствие этого СКВ может протекать «под маской» других патологий, из-за чего возникают трудности диагностики на начальных этапах заболевания [3].

**Цель исследования** — изучение особенностей течения СКВ на примере клинического случая.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализирована научная литература, посвященная СКВ, с использованием поисковой системы PubMed. Изучена первичная медицинская документация (истории болезни) больной С., 44 лет и проанализированы клиничко-анамнестические, объективные, лабораторные данные, результаты инструментальных исследований.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка С., 44 лет, очно была приглашена на визит 21.12.2020 года в ООО «Семейная клиника». Жалобы: на периодическую слабость и утомляемость, сниженную работоспособность, сонливость, снижение памяти, головокружение, опоясывающую головную боль, связывает с переутомлением, снимает цитрамоном, умеренное выпадение волос, боль и скованность до 1-2 часов в суставах обеих рук, больше в утренние часы, боль в пяточной области обеих ног, боль в поясничной области после переохлаждения, одышку при подъеме по лестнице, начиная с 3 этажа, смешанного характера.

Анамнез настоящего заболевания: с 2012 года пациентка стала отмечать выпадение волос, боли в суставах обеих кистей и сыпь на коже. Проходила обследование и лечение в условиях стационара ревматологического отделения ЦГКБ №6 города Екатеринбурга 2 раза (09.04.12 - 10.05.12 и 03.12.12 - 25.12.12) в связи с обострением основного заболевания: пульс-терапия метипредом 250 мг в/в в течение 3 дней; плаквенил; азатиоприн. На фоне проведенной терапии симптомы активности СКВ регрессировали. В отделении 12.12.12 была проведена нефробиопсия: морфологическая картина соответствует люпус-нефриту IIА класса. Была выписана с диагнозом: системная красная волчанка, острое течение с поражением кожи (папулезная сыпь), выпадением волос, поражением суставов (артрит), крови (анемия, лейкопения), люпус нефрит, акт II. Даны рекомендации на амбулаторное долечивание: метипред 16 мг в сутки; азатиоприн 150 мг в сутки; плаквенил 200 мг 2 раза в сутки; витрум остеомаг 1 таблетка 2 раза в сутки; омег 20 мг 2 раза в сутки; курантил 75 мг 3 раза в сутки. В 2013 году было 3 обострения СКВ, находилась на стационарном лечении: 15.02.13 - 25.02.13, 22.03.13 - 01.04.13 и 25.10.13 - 05.11.13. Удовлетворительно перенесла 3 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г/м<sup>2</sup>, 0.8 г/м<sup>2</sup>, 0.8 г/м<sup>2</sup> в/в капельно). Также в этот период было выявлено нарушение обмена мочевой кислоты (уровень мочевой кислоты от 19.02.13 - 227 мкмоль/л). Обращает на себя внимание повышение титра АТ к дцДНК до 392 МЕ/мл (от 25.10.13). В 2014 году было 4 обострения: 17.01.14 - 28.01.14, 24.04.14 - 06.05.14, 13.08.14 - 25.08.14 и 25.11.14 - 06.12.14. Удовлетворительно перенесла 4 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г в/в капельно). Доза метипреда снижена до 8мг/сут, азатиоприн отменен по причине алопеции у пациентки. Обращает на себя внимание повышение титра антител к дц-ДНК до 134 МЕ/мл (от 25.08.14). Уровень АТ к дцДНК (от 06.12.14) составлял 63 МЕ/мл. Уровень

АТ к дцДНК (от 19.02.15) составлял 27,2 МЕ/мл (положительный результат). В 2015 году было 2 обострения: 22.05.15 - 01.06.15 и 16.12.15 - 29.12.15. Перенесла 2 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г/м<sup>2</sup> в/в капельно). В 2016 году было 2 обострения: 20.05.16 - 31.05.16 и 12.12.16 - 21.12.16. Перенесла 2 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г/м<sup>2</sup> в/в капельно). Доза метипреда была уменьшена до 6мг/сут. В 2017 было 3 обострения: 28.04.17 - 11.05.17, 18.10.17 - 30.10.17, 28.04.17 - 11.05.17. Перенесла 3 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г/м<sup>2</sup> в/в капельно). С 10.01.18 доза метипреда была уменьшена до 5 мг в сутки. В 2018 году было 3 обострения: 23.03.18 - 31.04.18, 09.08.18 - 21.08.18 и 28.12.18 - 09.01.19. Перенесла 3 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.6 г/м<sup>2</sup>, 0.6 г/м<sup>2</sup>, 0.4 г/м<sup>2</sup>), далее в период 28.12.18 - 09.01.19, доза метипреда была уменьшена до 4 мг в сутки. В 2019 году было 2 обострения: 29.04.19 - 8.05.19 и 8.10.19 - 08.11.19. АТ к дцДНК составляли 281 МЕ/мл. Перенесла 2 курса ИСТ - пульс-терапия циклофосфаном (0.4 г/м<sup>2</sup> в/в капельно). Доза метипреда была вновь увеличена до 5 мг в сутки, а затем до 6 мг в сутки. Проанализировав течение заболевания с 2012 по 2019 гг., можно отметить, что многократный этапный курс пульс-терапии циклофосфаном дал незначительный эффект, поэтому необходимо решать вопрос о назначении ритуксимаба.

Анамнез жизни: работает учительницей. Эпидемиологический анамнез и аллергоанамнез не отягощены. Первая менструация началась в 11 лет, менопауза - в 42 года. Количество беременностей - 2, нормальных родов - 1, аборт - 1. Вредные привычки: курит 1 пачку в 2-3 дня в течение 26 лет. Гриппом и ОРВИ болеет 2 раза в год. Гемотрансфузии отрицает. Наследственность отягощена: у матери - множественная миелома, у отца - злокачественное новообразование ЖКТ. Перенесенные заболевания: 09.04.12 на основании рентгенологического заключения поставлен диагноз остеопороз, в ходе чего пациентка начала периодически принимать альфакальцедол по 1 таблетке, 2 раза в день. 11.04.12 на основании заключения ЛОР-врача диагностирован хронический ринофарингит. 27.04.12, по результатам ФГДС выявлен поверхностный гастрит. На основании исследования УЗИ органов брюшной полости 02.05.12 поставлен диагноз хронический холецистит и полип желчного пузыря. 29.10.13 по результатам гинекологического мазка установлен дрожжевой кольпит. По данным выписного эпикриза известно, что 25.08.13 поставлен диагноз ожирение 1 степени и жировой гепатоз. Также 25.08.13 выявлена варикозная болезнь НК, ХВН 1 класс по СЕАР, 05.12.14 - микролит правой почки. 08.11.19 диагностирован дефицит витамина D и латентный дефицит железа.

Объективный осмотр на приеме: состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 82,1 кг. ИМТ составила 30,52 кг/м<sup>2</sup>. На коже отмечается дискоидная сыпь в области передней грудной клетки, участки фотосенсибилизации на верхних конечностях, незначительные участки алопеции преимущественно в затылочной области. Мышцы и сухожилия безболезненны, определяется болезненность при пальпации локтевого сустава слева и лучезапястного сустава справа. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту.

Верхушечный толчок не изменен, сердечный – не определяется. В проекции аорты и легочного ствола пульсации, выбухания, дрожания нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение их обычное. Артериальное давление на обеих руках 126/70 мм.рт.ст., пульс - 81 уд в мин. Язык чистый. Живот безболезненный. Размеры печени 9\*7\*6 см. Размеры селезенки 7\*5 см. Рефлексы сохранены, сознание не нарушено.

Пациентке был выполнен полный комплекс лабораторных методов обследования: в ОАК - относительный нейтрофилез (77,3 %), относительная лимфоцитопения (15 %). В ОАМ - протеинурия (1 г/л), гиперстенурия (1,042). В биохимическом анализе крови - гипергликемия, гипобилирубинемия, гиперкалиемия, креатинин в пределах нормы. Были выявлены иммунологические маркеры: антитела к двуспиральной ДНК (172,1 МЕ/мл), повышенный титр ANA в сыворотке (1:640), пониженный титр СН50 (61,27 МЕ/мл) и комплемента С4. На ЭКГ от 21.12.2020 - синусовый ритм с ЧСС 77 уд/минуту. ЭОС не отклонена. На основании этих данных был поставлен диагноз: системная красная волчанка, подострое течение, с поражением кожи и слизистых оболочек (дискоидная сыпь в области передней грудной клетки, фотосенсибилизация, люпус-хейлит), дериватов кожи (алопеция), суставов (полиартрит), почек (люпус-нефрит IIА класс, изолированный мочевого синдрома, ХБПС2), гематологическим синдромом (лимфопения), иммунологическим сдвигом (повышение антител к ДНК, снижение комплемента СН50, С4, АНФ+), нервной системы (астено-невротический синдром, головные боли, головокружение), активность III (SLEDAI-2K 17 баллов). Сопутствующий диагноз: Остеопороз. Дефицит витамина D. МКБ. Микролит правой почки. Киста правой почки. Хронический ринофарингит, вне обострения. Поверхностный гастрит, вне обострения. Хронический холецистит, вне обострения. Полип желчного пузыря. Жировой гепатоз. Дрожжевой кольпит, вне обострения. Ожирение 1 степени. Варикозная болезнь НК, ХВН 1 класс по СЕАР.

Рекомендации (от 21.12.2020): метипред (для базисной терапии СКВ) 6 мг; плаквенил (для базисной терапии СКВ) 400 мг; омез (для профилактики обострений хронического гастрита) 20 мг; альфакальцидол (для терапии остеопороза) 0,5 мкг.

#### **Выводы:**

1. В условиях слабости оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи не каждый пациент своевременно направляется к ревматологу, а диагноз устанавливается в рамках специализированного стационара в фазу обострения.

2. Учитывая возможность быстро прогрессирующего течения СКВ с развитием неблагоприятного исхода, следует помнить, что течение заболевания часто неклассическое.

3. Сложность установки диагноза связана с его полисиндромностью, только полноценное иммунологическое исследование может подтвердить или опровергнуть диагноз СКВ.

#### **Список литературы:**

1. Меснянкина А. А. Клеточные и молекулярные биомаркеры и потенциальные терапевтические мишени при системной красной волчанке / А.А. Меснянкина // Научно-практическая ревматология. - 2016. - №54. - С. 206-208
2. Хакбердиева М.С. Современные взгляды на классификацию, патогенез и лечение системной красной волчанки / М.С. Хакбердиева // Российские биомедицинские исследования. – 2019. – Т. 4. – № 1. – С. 20–30
3. Firestein G.S. Firestein & Kelley's Textbook of Rheumatology / G.S. Firestein, R.C. Budd, S.E. Gabriel et al. - Elsevier. - 2021. - Vol. 11. - P. 1932-1934
4. Gordon C. D. Isenberg Systemic Lupus Erythematosus / C. Gordon, D. Isenberg. - Oxford University Press, 2016. - P.7-23,47-68
5. Kuhn A. The Diagnosis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus / A. Kuhn, G. Bonsmann, H. Anders et al. // Deutsches Arzteblatt International. - 2015. - Vol. 112. - P. 424

УДК 616.981.21/.958.7

**Потанин М.А. Миронов В.А.**  
**ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В**  
**АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

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

**Potantin M.A. Mironov V.A.**  
**THE COURSE OF NEW CORONAVIRAL INFECTION COVID-19 IN**  
**AMBULATORY PRACTICE**

Department of Hospital Therapy and Emergency Medicine  
Ural State Medical University  
Ekaterinburg Russian Federation

e-mail: [potantin-m@bk.ru](mailto:potantin-m@bk.ru)

**Аннотация.** В этой статье описан клинический случай с нетипичным течением заболевания, вызванном инфекцией COVID-19

**Annotation.** This article describes the atypical course of illness caused by COVID-19 infection.

**Ключевые слова:** COVID-19, пневмония

**Key words:** COVID-19, pneumonia

**Введение**

Коронавирус SARS-CoV-2 представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, который относится к линии Beta-CoV В семейства Coronaviridae; II группа патогенности (как SARS-CoV и MERS-CoV), однако обладающим большей тропности к АПФ [1]. Инкубационный период инфекции