

А.Ю. Ищенко¹, Е.Ю. Ильина², Н.А. Былова^{*3}

1 — Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

2 — ГБУЗ Городская Клиническая Больница № 4 ДЗ, г. Москвы, Россия

3 — ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ДЕБЮТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

A.Yu. Ischenko¹, E.Yu. Ilina², N.A. Bylova^{*3}

1 — National Medico-Surgical Center N.I. Pirogov, Moscow, Russia

2 — City Clinical Hospital № 4, Moscow, Russia

3 — Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

ACUTE RESPIRATORY DISEASE AS THE DEBUT OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Резюме

Системная красная волчанка — хроническое аутоиммунное заболевание, часто сочетающееся с инфекционными процессами. В статье представлено два клинических случая системной красной волчанки, дебютировавших с острой респираторной инфекции.

Ключевые слова: системная красная волчанка, острая респираторная инфекция, фарингит, пневмония

Abstract

Systemic lupus erythematosus — a chronic autoimmune disease that is often associated with infectious processes. The paper presents two clinical cases of systemic lupus erythematosus, debuted with acute respiratory infection.

Key words: systemic lupus erythematosus, acute respiratory infection, pharyngitis, pneumonia

АД — артериальное давление, ГЛПС — геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, КДР — конечно-диастолический размер, КТ — компьютерная томография, КСР — конечно-систолический размер ЛП — левое предсердие, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПЖ — правый желудочек, СКВ — системная красная волчанка, ТЗСЛЖ — толщина задней стенки левого желудочка, ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФР — фракция выброса, ЧДД — частота дыхательных движений, ЧСС — частота сердечных сокращений

Системная красная волчанка (СКВ) — хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся иммуновоспалительным поражением жизненно важных органов и чрезвычайным разнообразием клинических проявлений [1].

Заболеваемость СКВ колеблется от 4 до 250 случаев на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на 15-25 лет. Женщины страдают в 8-10 раз чаще мужчин. Смертность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции [2].

В дебюте заболевания могут отмечаться: снижение массы тела (71-100%), повышение температуры тела (86-100%), поражение органов и систем: кожи (52-91%), суставов (77-90%), плевры (50-60%), лёгочной ткани (20-22%), сердца (52-70%), перикарда (18-45%), пищеварительной системы (14-50%), почек (57-70%) [3].

Клинический случай 1

Пациентка 53 лет. В октябре 2014 года возникли слабость, кашель, боль в горле, t° тела до 38° , озноб, боль в правом локтевом и голеностопных суставах. Своё состояние связывала с простудой, принимала Анальгин, Терафлю самостоятельно без положительного эффекта. Обратилась к оториноларингологу по месту жительства — патологии не обнаружено. В связи с сохранением жалоб обратилась к терапевту — установлен диагноз фарингита, назначен Амоксициллин на 7 сут. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено, в общем анализе крови гемоглобин 80 г/л. Анамнез: В течение 10 лет выявляли снижение гемоглобина до 110-115 г/л, что связывали с эрозивным гастритом, активная терапия не проводилась. При сборе анамнеза выяснено, что в августе 2014 года впервые отметила появление высыпаний геморрагического типа на коже голени,

*Контакты. E-mail: n_bylova@mail.ru. Телефон: (903) 763-13-97

возникающих внезапно, часто после длительной ходьбы, и проходящих самостоятельно.

По завершении курса антибактериальной терапии жалобы сохранялись и медленно прогрессировали: усилилась боль в суставах, геморрагическая сыпь стала постоянной и распространилась на туловище, температура тела не снижалась, появились покраснение и резь в глазах. Амбулаторно была проведена эхокардиография: выявлен экссудативный перикардит. 18 ноября пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Данные обследования при поступлении и в динамике:

Электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, почек и органов малого таза патологии не выявили.

УЗИ щитовидной железы: снижена экзогенность, нельзя исключить гипотиреоз.

Эхокардиография (20.11 и 27.11 — без динамики): сепарация листков перикарда за ЗСЛЖ 10 мм, в области верхушки 2 мм (объём жидкости ~250 мл).

Эзофагогастродуоденоскопия (27.11 и 01.12): три острые язвы верхней трети желудка, геморрагический гастрит.

Общий анализ крови: гемоглобин 43-71 г/л, эритроциты $2,04-2,3 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,90-0,93, гематокрит 10,4-20,1%, тромбоциты $147-233 \times 10^9/л$, СОЭ 20-60 мм/ч, лейкоциты $3,1-8,0 \times 10^9/л$; МСV, МСН, МСНС, лейкоцитарная формула — в пределах нормированных значений.

Биохимический анализ крови: общий белок 43-61 г/л, альбумин 22-30 г/л, креатинин 102-128 мкмоль/л; билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, ГГТП, амилаза, глюкоза — в пределах нормированных значений.

Коагулограмма (20.11, 30.11, 01.12): без патологии. **Антитела к ВИЧ, Tr. Pal, ВГС, HbsAg:** не обнаружены.

Паразитологическое исследование крови (20.11): малярийный плазмодий, лептоспиры не обнаружены; на ГЛПС — отрицательно.

Посев крови (20.11, 27.11): нет роста.

Антитела к ДНК (28.11): обнаружены.

Ревмопробы (01.12): АТ к ДНК >300, РФ 9,5, АЦЦП 0,8, АСЛО 25, СРБ 67,2, антинуклеарные АТ 1/640.

Анализ крови на LE-клетки (04.12, 09.12): не обнаружены.

Общий анализ мочи (табл. 1)

Таблица 1. Общий анализ мочи

Дата	Плотность	Белок, г/л	Лейкоциты, в поле зрения	Эритроциты, в поле зрения	Цилиндры гиалиновые, в поле зрения	Цилиндры зернистые, в поле зрения	Слизь
19.11	1018	1,08	4	4	0	0	Умеренно
02.12	1028	1,2	30	30	6	6	много

Посев мочи (24.11): Enterococcus, S: Ампициллин, Рифампицин, Ванкомицин, R: Ципрофлоксацин, Гентамицин.

Анализ мочи на моноклональный парапротеин (03.12): белок Бенс-Джонса не обнаружен.

Анализ кала на скрытую кровь (26.11/28.11): отрицательно/положительно.

Анализ кала на яйца гельминтов (26.11): не обнаружены.

Миелограмма (21.11): без патологии.

Тиреоидные гормоны: Т4 8,3 нг/мл (норма 5,5 — 11 нг/мл), ТТГ 20,4 мЕд/л (норма 0,4 — 4,0 мЕд/л). Группа крови 0 (I), Rh+, Kell-.

Офтальмолог: гиперметропический астигматизм.

Оториноларинголог: острый катаральный фарингит.

Эндокринолог: первичный гипотиреоз.

Инфекционист: Геморрагический васкулит. Анемия. Лихорадка неясного генеза. Рекомендован анализ крови на ГЛПС и лептоспироз в динамике.

Ревматолог НИИР: СКВ острого течения, активность III. Рекомендовано: пульс-терапия преднизолоном, Омес.

Проводимая терапия: Глюкоза 5%/NaCl 0,9% 400 в/в кап., Цефтриаксон 1,0 × 2 р. в/в, затем Ципрофлоксацин 0,4 × 2 р. в/в, Преднизолон 100 мг в/в, затем 75 мг × 2 р. в/в, затем 50 мг per os, Омепразол 20 мг × 2 р., L-тироксин 75 мкг, переливание эритроцитарной массы.

15.12.15 переведена в ревматологическое отделение с диагнозом:

Основной: Системная красная волчанка, острого течения, активность III: анемия, тромбоцитопения, нефрит, перикардит, иммунологическая активность.

Сопутствующий: Острый фарингит. Носовые кровотечения. Острые язвы верхней трети желудка. Выраженный геморрагический гастрит.

При переводе:

Жалобы: слабость, одышка при физической нагрузке, отёчность лица, наличие высыпаний (рисунок 1 и 2), боли в суставах. Сбор анамнеза затруднён в связи со снижением памяти, пациентка вялая, равнодушная.

Объективно: астенического телосложения; лицо одутловато, кожные покровы бледные, за исключением лица и шеи обильно покрыты мелкоточечной сыпью геморрагического типа (рисунок 1), не исчезает при надавливании; на слизистой оболочке щёк



Рисунок 1. Кожные покровы пациентки



Рисунок 2. Кожные покровы пациентки

и мягкого нёба мелкоточечная энантема, белесоватый налёт; незначительные экссудативные явления в левом голеностопном суставе.

В лёгких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, больше слева, хрипов нет, ЧДД 17/мин. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 см кнаружи от края грудины, левая по среднеключичной линии, верхняя на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 85/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 56-68 г/л, эритроциты $1,67-2,16 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,93-1,0, тромбоциты $170-193 \times 10^9/л$, СОЭ 19-30 мм/ч, лейкоциты $7,5-11,0 \times 10^9/л$, анизоцитоз; MCV, MCH, MCHC, лейкоцитарная формула — в пределах нормированных значений.

Биохимический анализ крови: общий белок 51-53 г/л, альбумин 28-29 г/л, креатинин 111-121 мкмоль/л, мочевины 11,4-12,7 ммоль/л; билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза — в пределах нормированных значений.

Коагулограмма: без патологии.

Посев крови: нет роста.

Иммунологические исследования: компонент комплемента С3 0,28 (норма 0,5-0,9), компонент комплемента С4 0,02 (норма 0,11-0,34), анти-кардиолипин 10,7 (норма < 10), SSA52 69 (норма < 25), SSA60 100 (норма < 25).

Анализ мочи: суточный белок в моче 0,732 г/л, эритроциты в 4-6 в поле зрения.

Эхокардиография (17.12): жидкость за ЗСЛЖ 1,2 см, у передней стенки 0,7 см, объём ~300 мл.

Рентгенография органов грудной клетки (19.12): Нельзя исключить гидроперикард (сердце значительно увеличено в обе стороны). Остаточные явления перенесённой правосторонней пневмонии.

УЗИ органов брюшной полости и почек (22.12): Перегиб желчного пузыря. Гидроторакс слева.

КТ органов грудной клетки (23.12): Диффузные зоны матового стекла, может соответствовать гиперчувствительному пневмониту (сопоставить с клинико-лабораторными данными). Гидроторакс слева. Следы жидкости в плевральной полости справа. Гидроперикард.

Стоматолог (17.12): аллергический стоматит.

Невролог (19.12): астенический синдром на фоне основного заболевания.

Офтальмолог (22.12, 23.12): OU Аллергический конъюнктивит, склерит.

Ревматолог НИИР (26.12): СКВ, полиорганное поражение из-за геморрагического васкулита и гемолитического криза (?). Резистентность к терапии в связи с гипопротеемией, гипоальбуминемией. Рекомендовано: Альбумин, Метипред в/в и per os, Фраксипарин, иАПФ, Диувер, Дипиридамол, Плаквенил, после нормализации уровня белков — Ритуксимаб. Реакция Кумбса, контроль эритроцитов, свёртывающей системы.

Проводимая терапия: Метипред 48 мг per os, Метипред N6 в/в, Циклофосфан N1 в/в, Омез 20 мг×2 р, Диазолин 100 мг×3 р.

26.12 с утра беспокоили чувство тяжести за грудной и учащённое сердцебиение.

В 10 часов упала в холле отделения. АД и пульс не определяются. Начаты реанимационные мероприятия, переведена в БКР по витальным показаниям. В 10:40 констатирована биологическая смерть.

При аутопсии клинический диагноз подтверждён:

Основной: Системная красная волчанка острого течения с полиорганным поражением: пневмонит, двусторонний плеврит, миокардит, перикардит, анемия, артриты, геморрагический васкулит, иммунологические нарушения: АТ к ds ДНК +, АНФ +, волчаночный нефрит.

Осложнения: Гемолитический криз. Геморрагический гастрит. Постгеморрагическая анемия. Нарушение азотовыделительной функции почек, артериальная гипертензия.

Клинический случай 2

Пациентка 42 лет. В начале ноября 2014 года появился кашель, затем присоединилась боль в левом боку. Обратилась за помощью к терапевту по месту жительства, на рентгенографии органов грудной клетки выявлены признаки левосторонней пневмонии, назначен Цефтриаксон. После завершения курса лечения состояние не улучшилось: сохранялась слабость, впервые стала отмечать повышение АД до 200/100 мм рт.ст., усилился кашель и боли в боку. 2 декабря 2014 года госпитализирована в терапевтическое отделение. При поступлении на рентгенограмме органов грудной клетки признаки левостороннего экссудативного плеврита с выпотом до IV ребра. За время наблюдения в отделении произведена четырёхкратная смена антибактериального препарата, выполнено 7 контрольных рентгенографий: преходящие признаки осумкования выпота, без существенной динамики. Из анамнеза: с 2012 года беспокоят периодические боли в суставах кистей, коленных суставах, возникающие спонтанно, проходящие после приёма НПВП.

При обследовании:

Фибробронхоскопия (10.12): Гиперпластический ларингит, диффузный двусторонний бронхит.

Сцинтиграфия лёгких (12.12): Значительное нарушение кровотока во всём левом лёгком.

Компьютерная томография органов грудной клетки (15.12): Данных за ТЭЛА нет, левосторонняя нижнедолевая пневмония, осумкованная жидкость слева 38×9×21 мм.

Консультация фтизиатра (25.12): данных за туберкулёз нет.

Плевральная пункция: эмпиема исключена.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: протеинурия 0,5 — 0,8 г/л.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты 5000 (норма <2000), эритроциты 4500 (норма <1000).

Д-димер 1650 нг/мл (норма <500 нг/мл)

АНФ +, нуклеосомы +.

Консультирована ревматологом, установлен диагноз системной красной волчанки, начата пульс-терапия Метипредом. 20 января поступила в ревматологическое отделение для коррекции терапии.

При поступлении:

Жалобы: на слабость, снижение памяти, эмоциональную лабильность, шум в ушах, эпизоды «помутнения» сознания, головокружения, периодические «судороги» в кистях, выпадение волос.

Объективно: пациентка заторможена, сонлива. На коже скуловых областей неярко выраженная эритема. Экссудативных явлений в суставах нет. Перкуторно в лёгких ясный лёгочный звук, притупление слева ниже угла лопатки; аускультативно дыхание везикулярное, значительно ослаблено слева ниже

угла лопатки, несколько ослаблено справа в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Границы относительной тупости сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 80/мин. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации отделов толстой кишки, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Результаты обследования:

Иммунологическое обследование: анти ds ДНК > 300 (норма <20 Ед/мл); анти-фосфолипидные антитела IgM 0,4 Ед/мл (норма <10 Ед/мл); анти-кардиолипин 1,1 Ед/мл (норма <10 Ед/мл); аутоантитела к Clq-компоненту комплемента 56,3 Ед/мл (норма <10 Ед/мл); АНФ +; анти SS-A > 8 (норма отсутствие); анти RNP 0,01 (норма отсутствие); С3-компонент комплемента 0,97 г/л (норма 0,83 — 1,93 г/л); С4-компонент комплемента 0,11 г/л (0,15 — 0,57 г/л); АЦЦП > 300,00 Ед/мл (норма <5 Ед/мл); антитела к миелопероксидазе IgG < 0,20 Ед/мл (норма 0 — 20 Ед/мл); антитела к протеиназе 3 < 0,20 Ед/мл (норма 0 — 20 Ед/мл); антитела к базальной мембране клубочков почек IgG < 0,20 Ед/мл (норма 0 — 20 Ед/мл); СРБ 64,52 мг/л (норма 0 — 5 мг/л); РФ 11,1 Ед/мл (норма 0 — 25 Ед/мл).

Посев крови: роста нет.

Анализ кала на дисбиоз: энтерококки > 400, кандиды 400 КОЕ, бифидобактерии не обнаружены, патогенные штаммы кишечной палочки не обнаружены, общее количество кишечной палочки 340 млн.

Проба Реберга: СКФ 80,2 мл/мин, канальцевая реабсорбция 97%.

КТ органов грудной клетки (06.02.2015): Левосторонняя нижнедолевая S9 пневмония. Двусторонний гидроторакс, с тенденцией к осумкованию. Слева толщина слоя до 9 мм, справа 35 мм, в полости перикарда определяется жидкость до 12 мм. Единичный кальцинат в S3. Между S6, S9, S8 определяется линзообразный участок осумкованной жидкости размером 25×38×12 мм. В нижних отделах множество линейных тяжистых наслоений. Заключение: Левосторонняя нижнедолевая S9 пневмония. Двусторонний гидроторакс, с тенденцией к осумкованию. Перисцистит слева. Гидроперикард. Количественная лимфоаденопатия. Гемангиома тела Th6 позвонка.

Эхокардиография (20.01.2015): аорта 2,9, не уплотнена. Аортальный клапан: створки тонкие, 2,5. ЛП 3,3. Митральный клапан: створки не утолщены, противофаза есть. ТМЖП 1,0, ТЗСЛЖ 1,0. КДР 4,9, КСР 2,8. ФВ >60%. Сократимость левого желудочка удовлетворительная. ПЖ не расширен. Регургитация: митральная ++, лёгочная +, трикуспидальная ++. Между листками перикарда эхонегативное пространство 0,4 см за ЗСЛЖ. Заключение: Незначительный гидроперикард.

УЗИ плевральных полостей (22.01.2015): В левой плевральной полости небольшое количество жидкости — толщина слоя 1,5-2 см (ориентировочный объём до 100 мл).

Колоноскопия (27.01.15): Эндоскопическая картина тотального эрозивно-язвенного колита с преимущественным поражением прямой кишки с геморрагическим компонентом. Терминальный илеит.

Во время стационарного лечения выявлен «свежий» тромбоз суральной вены правой голени.

Клинический диагноз:

Основной: Системная красная волчанка острого течения с полиорганным поражением: левосторонний плеврит, перикардит, волчаночный нефрит, эритема «бабочка», артралгии (по анамнезу), вторичный антифосфолипидный синдром (тромбоз задней большеберцовой вены справа), алопеция, иммунологические изменения, эрозивно-язвенный панколит.

Осложнения: Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга.

Сопутствующий: Мочекаменная болезнь. Гемангиома позвонка ThVI.

Проводимая специфическая терапия: Метипред 1000 мг + Циклофосфан 1000 мг, Метипред 4 мг 12 таб., Клексан.

На данный момент пациентка проходит курсовое циклическое лечение Метипредом и Циклофосфаном, на фоне которого достигнут положительный клинический и лабораторный эффект.

Поражение респираторной системы наблюдается более чем у половины больных СКВ, при этом в патологический процесс вовлекаются практически все компоненты, включая верхние дыхательные пути, паренхиму легких, плевру, сосудистую систему и дыхательные мышцы [4]. В рассмотренных случаях дебюта системной красной волчанки имела место поздняя постановка верного диагноза, что привело к значительному прогрессированию заболевания и, как следствие, резистентности к терапии и трагическому исходу в первом случае.

Ⓐ

Список литературы:

1. Насонова Е.Л., Насонов В.А. Ревматология: национальное руководство, 2008 г., 720 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки. Ассоциация ревматологов России, 2013 г.
3. Harvey A.M., Shulman L.E., Tumulty P.A. Systemic lupus erythematosus: Review of the literature and clinical analysis of 138 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1954; 33(4): 291-437.
4. Клюквина Н.Г. Дифференциальный диагноз при системной красной волчанке. РМЖ — Независимое издание для практикующих врачей. 2006; 25: 1820-1835.

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

Уважаемые коллеги!

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института
Российского университета дружбы народов
(Зав. кафедрой — профессор Н.Л. Зуйкова, зам. зав. кафедрой — доцент В.Э. Медведев)

Приглашает Вас принять участие
в межвузовской научно-практической конференции

“ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ-2016”

Место проведения: Поликлиника №1 Управления делами президента РФ, конференц-зал

Адрес: Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28 (вход через Калошин переулок, д.3)

Дата проведения: 24 марта 2015 г., четверг

Материалы и тезисы конференции будут опубликованы в специальном приложении включенного в перечень ВАК РФ журнала «Архивъ внутренней медицины» (импакт-фактор 0,383).

Требования к тезисам: шрифт TimesNewRoman, 12шр., интервал полуторный, объем — до 3600 знаков с пробелами и заголовком. Заглавие, авторы и учреждения, где выполнена работа, указываются на русском и английском языке.

Прием тезисов: до 26 февраля 2016 г. по e-mail: melkorcord@mail.ru и sar_2003@mail.ru либо на адрес редакции журнала editor@medarhive.ru

Оплата за публикацию НЕ взимается.