


Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
медицинского образования «Северо-Западный государственный  
медицинский университет имени И.И.Мечникова» МЗ РФ  
Кафедра внутренних болезней и нефрологии

# Клинический разбор Пациент Б., 19 лет



Пациент Б. поступил в нефрологическое  
отделение клиники СЗГМУ им. И.П.  
Мечникова **10.01.2013** переводом из  
ГИКБ им. С.П. Боткина

# Жалобы при поступлении

- ✓ Выраженная слабость
- ✓ Субфебрильная температура
- ✓ Кашель, эпизоды кровохарканья
- ✓ Осиплость голоса
- ✓ Кожные высыпания на лице, кистях, спине
- ✓ Одышку при умеренной физической нагрузке
- ✓ Дискомфорт в поясничной области
- ✓ Боли и припухлость в коленных суставах

# Анамнез заболевания

- Считает себя больным с 27.11.12, когда заболел ОРВИ, отметил повышение температуры тела до 38 °С, самостоятельно принимал Арбидол, Парацетамол, Аспирин в течение 10 дней, с положительным эффектом, отметил снижение температуры тела, однако
- 07.12.12 состояние резко ухудшилось, отметил повышение температуры тела до 39,5 °С, появились боли в левом боку, кашель, в связи с чем вызвал СМП и был госпитализирован в инфекционную больницу.
- При обследовании выявлена **левосторонняя нижнедолевая сливная пневмония.**

# Анамнез заболевания

- Лечение проводилось со сменой антибиотиков (цефтриаксон, эритромицин, ципрофлоксацин, тиенам) в связи с сохраняющейся лихорадкой и отсутствием динамики по данным Rg (07.12.12 – 10.01.13). Назначено дообследование для исключения ТБС лёгких.
- После введения тиенама появилась сыпь на лице, кистях рук, спине, сопровождаемые зудом, что расценено дерматологом как токсикодермия (05.01.13). Назначен Преднизолон в/в 120 мг/сут .
- В связи с подозрением на ДЗСТ (лихорадка, не контролируемая а/б, сыпь), взят анализ крови на АНА – ОТР (от 26.12.12).
- Пациент 27.12.13 консультирован ревматологом, заключение: Диагноз ДЗСТ маловероятен. Рекомендовано дообследование для исключения системного васкулита
- В общем анализе мочи с момента поступления выявлялась изолированная протеинурия (2,5 г/л), которая сохранялась и нарастала (5,0-12,7 г/л)
- Пациент консультирован нефрологом, рекомендовано

# Анамнез жизни

- В детстве – частые отиты, наблюдался у ЛОР-врача
- Занимался тяжёлой атлетикой, употреблял белковые препараты (за год до заболевания)
- Студент СПбПА, I курс, снимает комнату, живет один
- Постоянно проживает в Ненецком АО, г. Нарьян-Мар
- Наследственность: у тёти аутоиммунный гепатит

# Объективный статус при поступлении в нефрологическое отделение

- **Состояние средней степени тяжести.**
- **На коже лица и туловища множественные красные пятна, на туловище местами сливные**
- **Пастозность лица**
- **АД 160/105 мм рт ст, пульс 92 в минуту, ритмичный**
- **I тон на вершухе сохранён, акцент II тона на ЛА.**
- **При перкуссии – притупление лёгочного звука под левой лопаткой, там же жёсткое дыхание, ослаблено под лопаткой слева, шум трения плевры. ЧДД 18 в минуту**
- **Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени +2 см, край мягкий, безболезненный. Селезёнка перкуторно VIII-XI ребро по lin.axil.media**
- **Припухшие коленные суставы, слегка болезненные при движениях, функция сохранена.**

# Данные лабораторного обследования

## Общий анализ мочи 11.01.13

Цвет	Желтый
прозрачность	прозрачная
Среда	Кислая
Удельный вес	1030
Белок	8,47 г/л
Сахар	0
Ацетон	
Эритроциты	нет
Лейкоциты	0-3-14
Эпителий	0-1
Цилиндры гиал	0-1/п/зр

## Клинический анализ крови 11.01.13

<b>WBC</b>	<b>7,5 *</b> <b>10<sup>9</sup>/л</b>	<b>RBC</b>	<b>4,19 *</b> <b>10<sup>12</sup>/л</b>
<b>Neu</b>	<b>68,4 %</b>	<b>HGB</b>	<b>123 г/л</b>
<b>Lym</b>	<b>25,3 %</b>	<b>PLT</b>	<b>201 * 10<sup>9</sup>/л</b>
<b>Mon</b>	<b>6,0 %</b>	<b>СОЭ</b>	<b>42 мм/ч</b>
<b>Eoz</b>	<b>0,1 %</b>		

**11.01.13. Суточная**  
потеря белка 5,84 г/сут  
Диурез 1500 мл



# Биохимический анализ крови I I.01.13

Общий белок	<b>54</b>	г/л
Альбумин	<b>25</b>	г/л
АлАТ	17	Е/л
АсАТ	21	Е/л
Амилаза	50	Е/л
Щел. фосфатаза	193	Е/л
Общий билирубин	5	мкмоль/л
Глюкоза	4,2	ммоль/л
Холестерин	<b>7,9</b>	ммоль/л
Триглицериды	<b>2,75</b>	ммоль/л
Креатинин	64	мкмоль/л
Мочевина	4,13	ммоль/л
СКФ по MDRD	145,6	мл/мин

## Коагулограмма

АПТВ	25	Сек
МНО	0,90	-
ПТИ	118	%
фибриноген	3,3	г/л

<b>RW</b>	<b>отр</b>
<b>HBs Ag</b>	<b>отр</b>
<b>Anti HCV</b>	<b>отр</b>

# Данные инструментальных методов исследования

**11.01.13** На рентгенограмме органов грудной клетки в 2х проекциях слева в нижней доле S8-S9 сохраняется перибронхиальная и периваскулярная инфильтрация, в заднем синусе осумкованная жидкость до уровня верхней границы купола диафрагмы.

Утолщена междолевая плевра.

Корни расширены за счёт сосудистого компонента.

Сердце и аорта без патологии.

Закл.: Левосторонняя нижнедолевая сливная пневмония. Осумкованный плеврит слева.

## ЭКГ от 11.01.13

ЧСС 85 в мин, ритм синусовый, синдром ранней реполяризации желудочков

## ЭхоКГ от 06.01.13

Без патологических изменений

## УЗИ почек 15.01.13

Размеры почек: правая 107\*49 мм, левая 114\*48мм

Признаки увеличения пирамидок обеих почек, больше справа (отёк?)

## **Осмотр дерматолога доц. Пирятинской В.А., доц. Смирновой О.Н. (14.01.13):**

Д-з: Острая крапивница

Рекомендовано:

- Антигистаминные препараты
- Преднизолон 150 мг/сут в/в кап
- Дообследование для исключения СКВ

## **Консультация хирурга 11.01.13**

Д-з: Тромбоз геморроидального узла

Рекомендовано:

Рекомендовано:

1. Детралекс по схеме
2. Проктогливенол (свечи)
3. Геморроидэктомия в плановом порядке

## **Консультация торакального хирурга 14.01.13**

Д-з: Левосторонняя нижнедолевая сливная пневмония.

Осумкованный плеврит.

Плевральная пункция не показана.

# Невролог

17.01.13

У пациента имеется рассеянная неврологическая симптоматика, генез которой в виду отсутствия чётких анамнестических данных о рождении и раннем детском возрасте пациента установить затруднительно.

Для дообследования рекомендовано выполнение МРТ головного мозга.

## Клинический фармаколог от 11.01.13

С учётом длительной а/б терапии, в т.ч. АБ сверхширокого спектра действия, положительной клинической динамики, отсутствием признаков системной воспалительной реакции в настоящее время от а/б терапии решено воздержаться.

# **Предварительный диагноз:**

**Осн.: ДЗСТ неуточнённого генеза (СКВ?) с поражением почек, лёгких, кожи, суставов, ЦНС. Активность 3.**

**Вторичный гломерулонефрит.**

**Нефротический синдром. ХБП 1 ст.**

**Синовит коленных суставов.**

**Левосторонняя нижнедолевая сливная пневмония (пульмонит?) Осумкованный плеврит слева.**

Однако назначение ГКС было отсрочено в связи с получением «+» РНГА с туберкулёзным АГ и результатами контрольного Rg -ГК

# Рентгенограмма ОГК 18.01.13

- На рентгенограмме органов грудной клетки в динамике – инфильтрация значительно уменьшилась, на фоне заднего отрезка 9 ребра выявилась **полость деструкции** приблизительно 1 см в диаметре, тонкостенная. Жидкость в синусе уменьшилась.

Консультация **фтизиатра** 22.01.13

Д-з: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония с распадом в фазе разрешения. Данных за ТБС лёгких нет.



# Данные серологического исследования 18.01.13

<b>АНФ</b>	<b>1:2560</b>	<b>титр</b>	<b>N Менее 1:160</b>
АНСА	Менее 1:40	титр	N Менее 1:40
Анти-ГБМ	3,38	U/ml	N Менее 20



21.01.13 пациенту выполнена  
нефробиопсия.

23.01.13 начата пульс-терапия  
Преднизолоном (500-1000-1000 мг)  
под прикрытием а/б (цефтриаксон)

# Результат нефробиопсии 23.01.13

- Светооптическое исследование

Окраски : гематоксилин-эозин, PAS-реакция, трихром по Массону, импрегнация солями серебра по Джонсу

В материале **нефробиопсии 22 клубочка**,

полностью склерозированных нет.

**Клубочки** значительно увеличены,  
с одноконтурной капиллярной стенкой;  
без признаков гиперклеточности,  
без сегментарного склероза и  
без формирования полулуний.

**ГБМ** визуально подчёркнута, неравномерно импрегнирована солями серебра в виде диффузной зернистости и многочисленных округлых пустот.

**Цитоплазма эпителия канальцев** мелкозернистая, с сохранной щёточной каёмкой. В просветах канальцев единичные цилиндры

**Стенки артериол**, мелких артерий без патологических изменений.

Слабовыраженный **отёк интерстиция**.

# Нефробиопсия-2

**Иммунофлюоресцентное исследование** С использованием FITC-конъюгированных антител к человеческим Ig A, IgG, IgM, C1q, C3, фибриногену, κ и λ лёгким цепям.

Вдоль ГБМ клубочка диффузная гранулярная экспрессия IgG ++, C3 +, κ++, λ+

**Заключение: Мембранозный гломерулонефрит**

# Данные серологического обследования 25.01.13

<b>АНФ</b>	<b>1:2560</b>	<b>титр</b>	<b>N Менее 1:160</b>
Анти дсДНК	19,47	U/ml	N Менее 25
Антитела к кардиолипину	IgG 0,36	U/ml	N Менее 10
	IgM 0,33	U/ml	N Менее 10
<b>Иммуноблот антинуклеарных антител</b>		<b>Обнаружено:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Антитела к RNP/Sm Ag (3+)</li><li>- Антитела к Sm Ag (2+)</li><li>- Антитела к SSA Ag (3+)</li></ul>	

# Клинический диагноз

**Осн.: Системная красная волчанка, острое течение, с поражением кожи (эритема в форме «бабочки»), суставов (артрит), ЦНС (цереброваскулит), ЛОР-органов (нейросенсорная тугоухость), почек (люпус-нефрит), активность 3.**

**Волчаночный нефрит, класс V.**

**Нефротический синдром. Артериальная гипертензия. ХБПН ст.**

**Соп.: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония с распадом в стадии разрешения.**

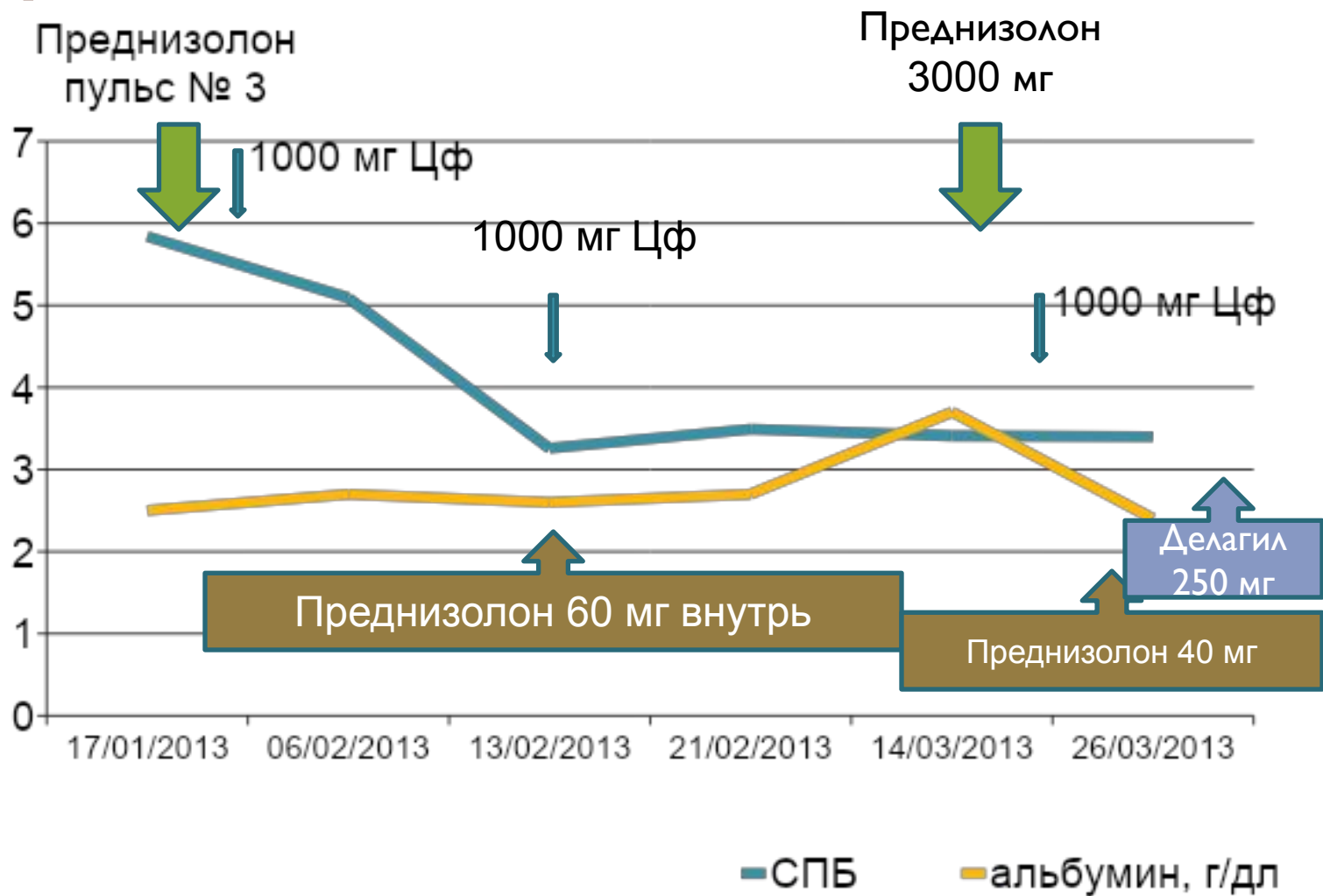
**Осумкованный плеврит слева.**

**Нефробиопсия от 21.01.13.**

## Лечение

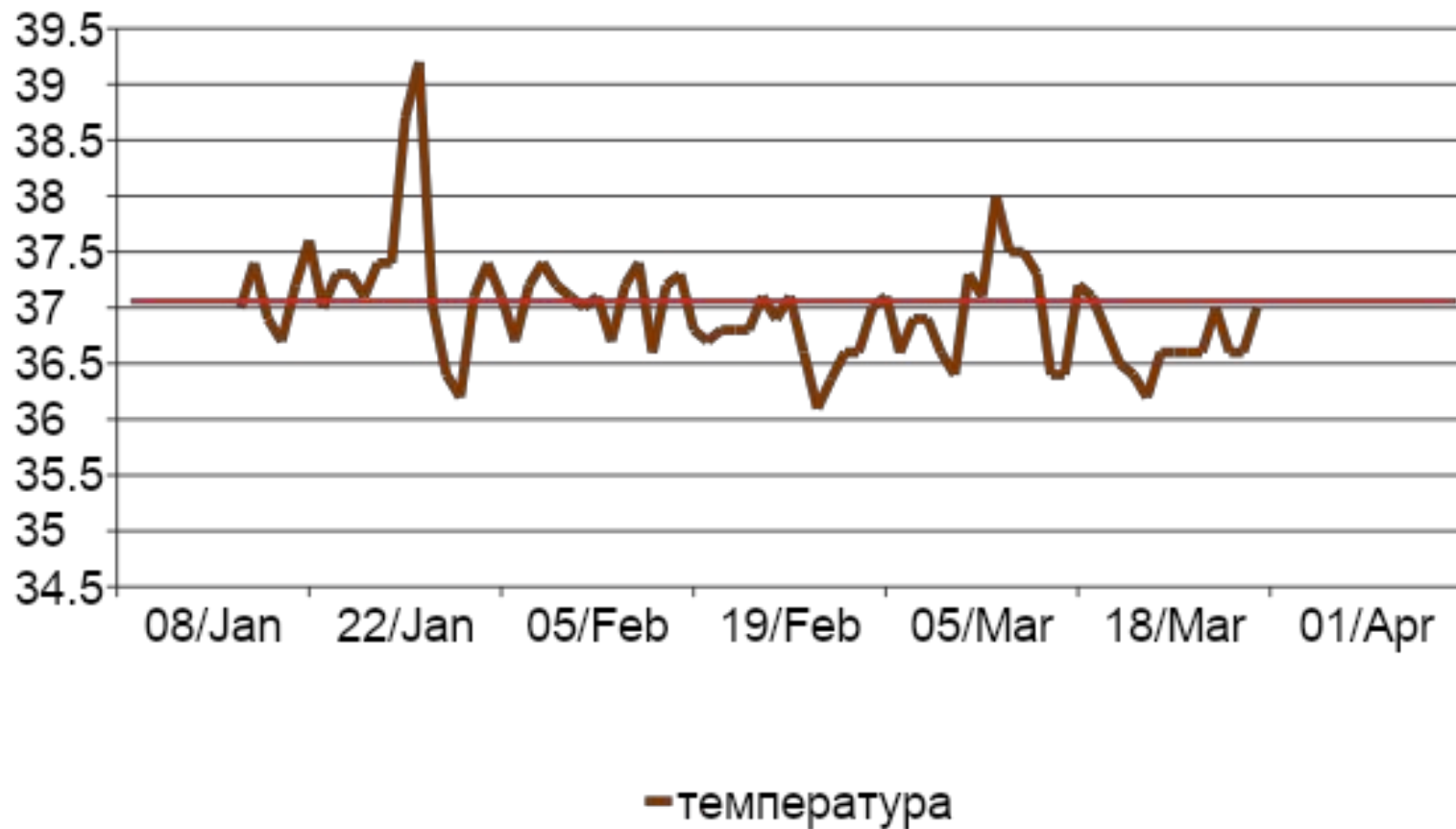
1. Преднизолон – пульс-терапия (№ 3, 500-1000-1000 мг), с переходом на пероральный приём в дозе 60 мг/сут
2. Циклофосфан 1000 мг в/в (пульс) 1 раз в 3 недели
3. Плаквенил 200 мг/сут
4. Эналаприл 5 мг \* 1 раз в день
5. Цефтриаксон 1,0 в/в стр (22.01-06.02.13)

# Динамика СПБ





# Динамика температуры тела на фоне терапии




# Рентгенограмма ОГК

- 28.01.13

На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки инфильтрация слева уменьшилась, деструкции отчётливо не выявляется.

(контроль от 25.02.13 – данные те же)



24.01.13 (на фоне пульс-терапии Преднизолоном) отмечается появление жалоб на отёчность левой нижней конечности до нижней трети голени, боли при ходьбе.

Пациенту в экстренном порядке выполнено дуплексное сканирование вен нижней конечности.

# Дуплексное сканирование магистральных вен нижних конечностей

25.01.13

**Слева:** нижняя полая, общие и наружные подвздошные, общие, глубокие и поверхностные бедренные, подколенные на расстоянии, доступном для осмотра, не расширены, проходимы, просвет при компрессии датчиком полностью спадается.

**Изолированный окклюзирующий тромбоз глубоких вен голени: малоберцовых вен, вен камбаловидной мышцы, задних большеберцовых вен. Подвижных фрагментов не выявлено.**

## Консультация сосудистого хирурга

Имеется отёчность левой голени по сравнению с правой. Цвет кожи не изменён. Магистральный кровоток по артериям нижних конечностей не нарушен. Пульсация отчётливая во всех типичных точках.

По данным УЗДГ – тромбоз глубоких вен голени слева, без флотирующих тромбов.

Рекомендовано:

1. Постельный режим на 10 дней
2. Низкомолекулярный гепарин
3. Повторное УЗДГ через 2 недели
4. Учитывая особенности течения основного заболевания от приёма варфарина рекомендовано воздержаться

25.01.13 назначен нефракционный гепарин в дозе 20-30-40 тыс Ед /сут подкожно ( 4 введения). Однако роста АЧТВ в 1,5 раза не достигнуто.

01.02.13 НФГ заменен на НМГ (фрагмин 10 тыс ЕД/сут).

08.02.13 вновь начата терапия НФГ 30 тыс ЕД/сут (в связи с отрицательной динамикой по данным УЗДГ) к терапии добавлен Варфарин 5 мг под контролем МНО.

## Дуплексное сканирование магистральных вен нижних конечностей

08.02.13

Осмотр в динамике: распространение тромбоза на подколенную и бедренную вену. Тромбоз подколенной вены носит окклюзирующий характер, тромбоз бедренной вены в верхней трети – неокклюзирующий.

Верхушка тромба на расстоянии 2 см от устья бедренной вены, фиксирована.

# Подбор антикоагулянтной терапии

НФГ  
20-30-40  
тыс ЕД  
п/к

НМГ  
(фрагмин)  
10 тыс ЕД п/к

НФГ 20-30-40 тыс ЕД  
п/к

Варварин 5 мг - 7,5 мг – 5 мг

Дата	24.01	01.02	06.02	13.02	17.02	23.02	28.02	05.03	
АЧТВ	25	26	28	25	29	35	45		
МНО				0,92	1,4	1,5	2,1	4,06	2,7

При одновременной терапии гепарином и варфарином гепарин отменяется, когда достигнуто целевое МНО



## Гематолог-гемостазиолог проф. Вавилова Т.В.

У пациента с высоким риском тромбоза на фоне основного заболевания развился тромбоз глубоких вен голени, не исключена ТЭЛА мелких ветвей (необходима СКТ), нельзя полностью исключить антифосфолипидный синдром, вероятность которого велика, учитывая СКВ.

С проводимой терапией согласна. **Варфарин с целевым МНО 2,5-3,0 не менее 6 месяцев. При стабильном ответе на препарат целесообразно продлить приём препарата до 1 года.**

Учитывая отсутствие динамики АЧТВ на фоне инъекции нефракционированного гепарина, целесообразно определение антитромбина, хотя его врождённый дефект маловероятен, нет

## Дуплексное сканирование магистральных вен нижних конечностей

27.02.13      Осмотр в динамике

Отмечается проксимальное нарастание тромбоза до общей бедренной вены, на уровне устья БПВ.

Верхушка неправильной формы, флотирует на протяжении около 3 см

На уровне бедра тромбоз сохраняет окклюзирующий характер, в подколенной вене признаки пристеночной реканализации.

# Консультация рентгеноангиохирурга 01.03.13

В связи с нарастающим тромбозом рекомендовано продолжить проводимую терапию Варфарином (достигнуто целевое МНО), контроль УЗДГ, при отрицательной динамике – нарастании тромбоза – **рекомендована установка временного кавафилтра**

# КТ органов грудной клетки 25.02.13

В S10 слева, прилегая к костальной и диафрагмальной плеврам - образование 24\*21 мм, с неровными тяжистыми контурами, грубыми тяжами к плеврам, неоднородной структуры за счёт мелкой воздушной полости, с подходящим к просвету бронха. После в/в усиления отмечается накопление контрастного препарата по периферии. Вокруг отмечается выраженная тяжистая деформация. На этом уровне в плевральной полости отмечается небольшое отграниченное скопление жидкости толщиной слоя до 12 мм.

В S2 справа единичные плотные очаги с тяжистыми контурами до 3 мм. Бронхососудистый рисунок усилен. Слабо выраженные плевроапикальные наслоения с двух сторон.

Средостение, трахея без особенностей. После в/в усиления лёгочный ствол и его ветви равномерно контрастированы. В полости перикарда небольшое скопление жидкости. Увеличенных лимфоузлов не выявлено.

**Заключение: КТ картина абсцесса S10 левого лёгкого с небольшим осумкованным плевритом на этом уровне.**

**Небольшое скопление жидкости в полости перикарда. Данных за ТЭЛА не получено.**

## Дуплексное сканирование магистральных вен нижних конечностей

05.03.13

Осмотр в динамике.

Общая бедренная вена проходима.

Подвижных фрагментов не выявлено.

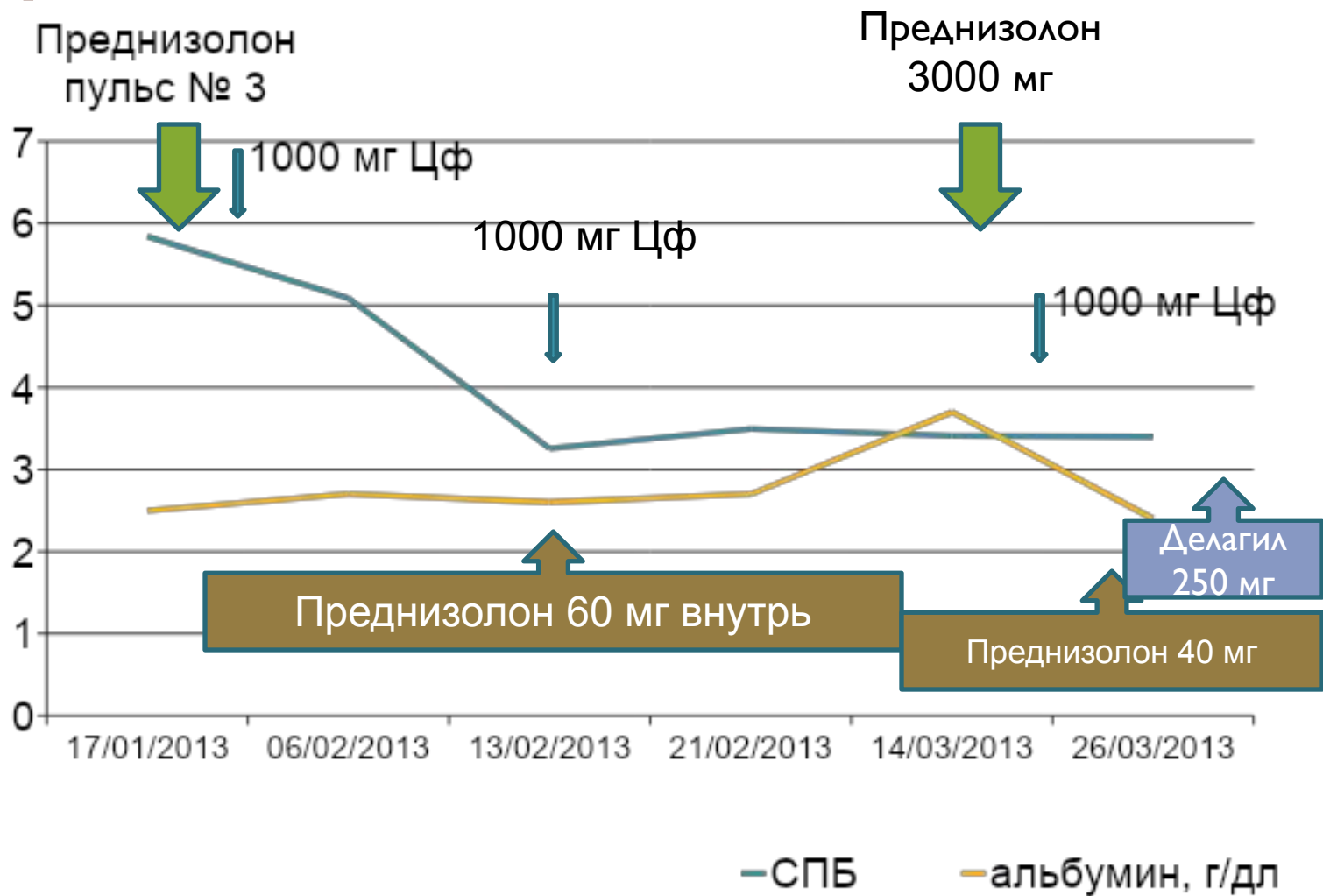
Проксимальная граница в устье  
бедренной вены. Признаки центральной  
реканализации в бедренной вене,  
пристеночной – в подколенной и  
глубоких венах голени.

06.03.13. В связи с положительной динамикой по данным УЗИ рекомендовано воздержаться от установки капафилтра.

Достигнуто целевое МНО на фоне приема Варфарина в дозе 4,375 мг (1+3/4 табл).

По данным КТ органов грудной клетки данных за ТЭЛА не получено.

# Динамика СПБ



# Аутоиммунная панель в динамике

Показатель	АНФ	
17.01.13	1:2560	Крупногранулярный тип свечения
19.02.13	1:640	Мелкогранулярный тип свечения



# Динамика лабораторных показателей

	11.01	23.01	31.01	07.02	19.02	07.03	18.03
Лейкоциты	7,5	9,7	13,8	9,7	9,8	8,0	7,2
Эритроциты	4,19	4,18	4,10	3,82	4,24	4,76	4,34
Тромбоциты	201	199	291	209	261	206	304
Гемоглобин	123	125	116	114	128	140	126
<b>СОЭ</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>64</b>	<b>29</b>
<b>О. белок</b>	<b>54</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>48</b>	<b>54</b>	<b>51</b>	<b>47</b>
<b>Альбумин</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>24</b>
<b>Холестерин</b>	<b>7,9</b>	<b>8,5</b>	<b>8,2</b>	<b>9,7</b>	-	<b>6,1</b>	<b>6,3</b>
ТГ	2,75	-	-	2,53	-	3,72	-
<b>Креатинин</b>	<b>64</b>	<b>86</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>69</b>	<b>72</b>	<b>54</b>
Мочевина	4,13	4,8	4,1	4,6	5,2	2,5	4,3
<b>Фибриноген</b>	-	-	<b>3,3</b>	<b>4,0</b>	<b>4,6</b>	<b>7,3</b>	-

# Проводимое лечение

1. Патогенетическая терапия основного заболевания: Преднизолон в виде «пульсов» 2500 мг и 3000 мг, с переходом на пероральный приём в дозе 60 мг, в дальнейшем доза снижена до 40 мг в связи с наличием тромбоза глубоких вен голени и абсцесса лёгкого; Циклофосфан в виде «пульсов» трижды по 1000 мг
2. Базисная терапия СКВ – Делагил в дозе 250 мг 1 раз в сутки
3. Антибактериальная терапия в связи с лихорадкой, повышением температуры тела до 39° С (цефтриаксон 1,0)
4. Гипотензивная терапия (Эналаприл 5 мг в сутки, Бисопролол 2,5 мг в сутки)
5. Гиполипидемическая терапия (Аторвастатин 10 мг в сутки)
6. Антикоагулянтная терапия (Гепарин, Фрагмин, Варфарин)
7. Сосудистая терапия (Эуфиллин)
8. Препараты калия, магния, кальция
9. Антисекреторная терапия (Фамотидин)
10. Гемостатическая терапия (Этамзилат)

# Клинический диагноз

**Осн.: Системная красная волчанка, острое течение, с поражением кожи (эритема в форме «бабочки»), суставов (артрит), ЦНС (цереброваскулит), ЛОР-органов (нейросенсорная тугоухость), почек (люпус-нефрит), активность 3.**

**Волчаночный нефрит, класс V.**

**Нефротический синдром. Артериальная гипертензия. ХБП 1 ст.**

**Соп.: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония с распадом в стадии разрешения. Осумкованный плеврит слева.**

**Рецидивирующий тромбоз глубоких вен голени от 25.01.13, 08.02.13**

**Реканализация бедренной и подколенной вены от 05.03.13**

**Нефробиопсия от 21.01.13.**

Пациент был выписан с отделения нефрологии 26.03.13

Рекомендации:

1. Таб. Преднизолон 40 мг/сут 1 месяц, с дальнейшим снижением дозы по  $\frac{1}{4}$  табл. каждые 3 дня под контролем СПБ
2. Таб. Плаквенил 200 мг 1 раз в сутки
3. Таб. Варфарин 2,5 мг – 1+ $\frac{3}{4}$  табл в сутки
4. Бисопролол 5 мг вечером
5. Т. Аторис 10 мг вечером
6. Супро-760 по 1 ст л 3 раза в день
7. Повторная явка на госпитализацию через 1 месяц

При госпитализации в мае 2013 года состояние пациента удовлетворительное, на момент госпитализации пациент получал терапию Преднизолоном в дозе 32,5 мг/сут, Плаквенил 200 мг в сутки.

При обследовании получены следующие данные:

Клинический ан. крови	
WBC	6,6*10 <sup>9</sup> /л
RBC	4,91*10 <sup>12</sup> /л
HGB	141 г/л
PLT	277*10 <sup>9</sup> /л
СОЭ	3 мм/ч

Коагулограмма	
ПВ	20,8 сек
ПТИ	41,7 %
МНО	1,96

Суточная потеря белка			
Дата	17.01.13	14.03.13	21.05.13
Белок	5,84	3,41	0,554 г/сут
Диурез	1500 мл	1000 мл	500 мл

HBs Ag – отриц, antiHCV - отриц

### биохимический ан. крови

Дата	ЕД	11.01	18.03	22.05	05.06
Об. Белок	г/л	<b>54</b>	<b>47</b>	61	63
Альбумин	г/л	<b>25</b>	<b>24</b>	38	40
АлАТ	Е/л	17	38	<b>102</b>	<b>59</b>
АсАТ	Е/л	21	20	39	23
Амилаза	Е/л	50	49	53	53
ЩФ	Е/л	-	195	170	157
Билирубин	Мкмоль/л	5	2	6	6
ХС	Ммоль/л	7,9	6,3	5,0	4,2
Креатинин	Мкмоль/л	64	54	66	74
Мочевина	Ммоль/л	4,13	4,3	3,08	4,1

### Иммунология

АНФ	титр	1:2560	1:640	1:160	-
-----	------	--------	-------	-------	---

## ● **УЗДГ вен нижних конечностей**

Признаки посттромбофлебитического синдрома слева

В бедренной вене – с хорошей степенью реканализации (в/просветные тяжи), подколенная вена – проходима

В видимых венах голени – с умеренной реканализацией (около 50 % просвета)

Клапанная недостаточность глубоких вен бедренного сегмента.

# Контроль Rg ОГК

На рентгенограмме органов грудной клетки в лёгких без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурные. Слева в переднем рёберно-диафрагмальном синусе плевральные наслоения, плевродиафрагмальные спайки, утолщена междолевая плевра. Корни структурны. Сердце и аорта без патологии.



## Рекомендации

- Селлсепт в дозе 1,5 г в сутки
- Преднизолон 40 мг/сут с уменьшением дозировки (по 1/4 табл каждые 3 дня), до 20 мг/сут
- Плаквенил 200 мг/сутки.
- Варфарин 5 мг/сут под контролем МНО

При повторной госпитализации в сентябре 2013 года состояние удовлетворительное, пациент на момент поступления получает терапию преднизолоном в дозе 11,25 мг/сут (2+1/2 табл), Селлсепт в дозе 1,5 г/сут, Варфарин 5 мг/сут.

При обследовании получены следующие данные:

Клинический ан. крови	
WBC	7,3*10 <sup>9</sup> /л
RBC	4,88*10 <sup>12</sup> /л
HGB	135 г/л
PLT	314*10 <sup>9</sup> /л
СОЭ	15 мм/ч

Биохимический ан. крови		
Об. Белок	66	г/л
Альбумин	44	г/л
АлАТ	12	Е/л
АсАТ	15	Е/л
Амилаза	50	Е/л
ЩФ	174	Е/л
Билирубин	5	Мкмоль/л
ХС	4,8	Ммоль/л
Креатинин	78	Мкмоль/л
Мочевина	5,62	Ммоль/л

## Общий анализ мочи

цвет	Св.жел	лейкоциты	2-3
Реакция	Кислая	эритроциты	1-2
Уд.вес	-	Эпителий	3-4
Сахар	0	Белок	0

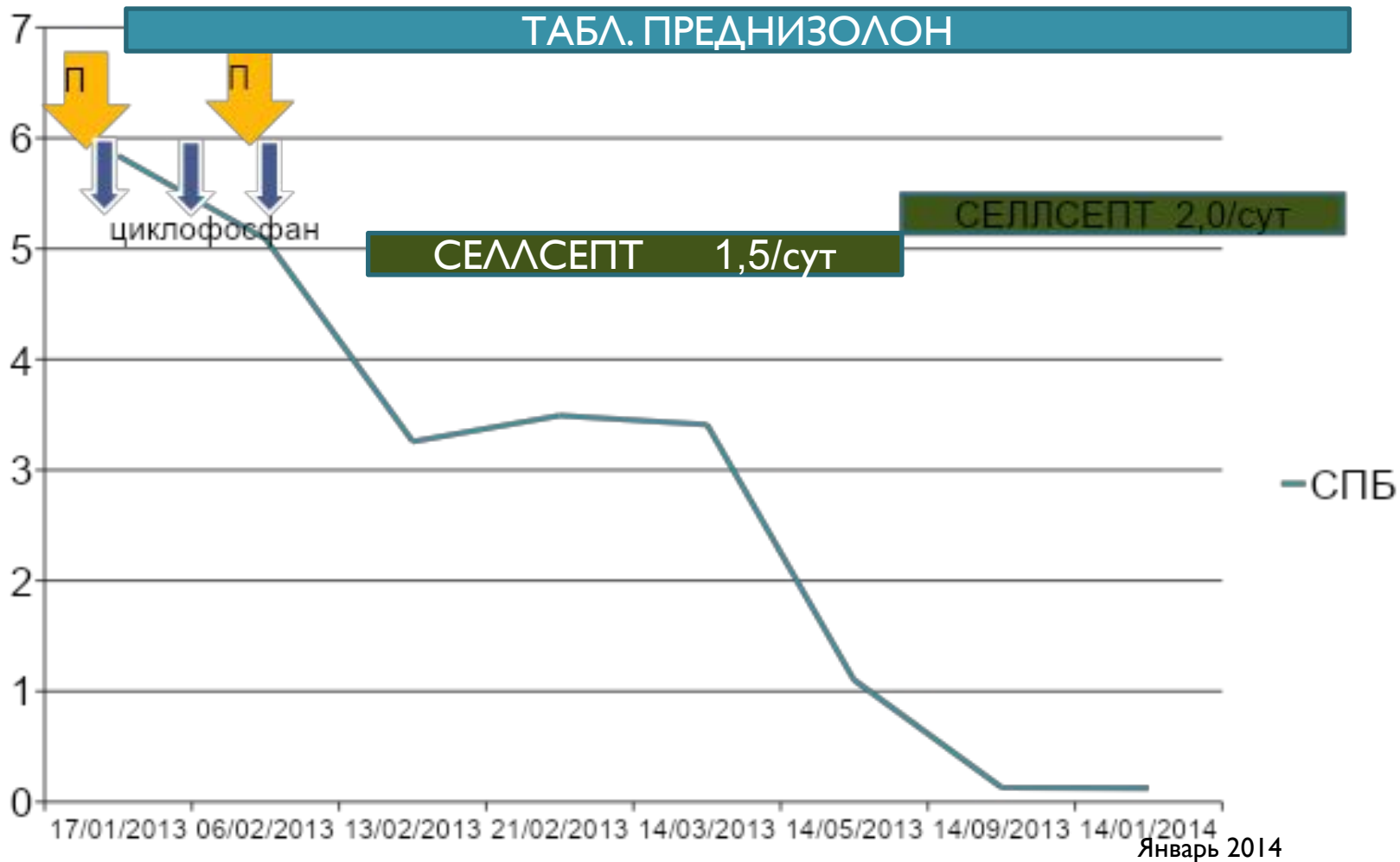
## Суточная потеря белка

Белок	0,129 г/сут
Диурез	1500 мл

Пациент выписан со следующими рекомендациями:

1. Т.Преднизолон – 20 мг через день
2. Т. Селлсепт 2,0 г/сут
3. Т. Плаквенил 200 мг/сут
4. Т. Варфарин 5 мг/сут

# Динамика СПБ на фоне лечения



# Клинический диагноз

Осн.:

Системная красная волчанка, с поражением кожи (эритема в форме «бабочки»), суставов (артрит), ЦНС (цереброваскулит), ЛОР-органов (нейросенсорная тугоухость), почек (люпус-нефрит), активность 3.

Волчаночный нефрит, класс V. Нефротический синдром, ремиссия.

Артериальная гипертензия. ХБП 1 ст.

Соп.:

Хронический гастродуоденит, вне обострения.

Хронический токсический гепатит, минимальной степени активности.

Посттромбофлебитический синдром

Нефробиопсия слева от 21.01.13.