071 Ц № 052466

МВД России

У П Р А В Л Е Н И Е
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
по ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
(УМВД России по Тульской области)

пр. Ленина, 83, Тула, 300012
Тел.: (4872) 32-22-49, факс: (4872) 36-48-97

11.03.2026 № 20/2-14389э
№ 20/2-14389э от 11.03.2026

СПРАВКА

о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования

Зудов Владимир Сергеевич,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) проверяемого лица, в том числе имевшиеся ранее, в именительном падеже)

20.04.1987 г.р., урож. поселок Майский Узловский район Тульская область
(дата и место рождения)

В ФКУ "Главный информационно-аналитический центр МВД России", ИЦ УМВД России по Тульской области,
(ИЦ территориального органа МВД России на региональном уровне)

имеются (не имеются) сведения об осуждении на территории Российской Федерации:
не имеются
(дата осуждения, наименование суда, вынесшего приговор, пункт, часть, статья уголовного закона, сведения о переквалификации деяния, срок и вид наказания, дата и основание освобождения, основание снятия судимости)

имеются (не имеются) сведения о факте уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования на территории Российской Федерации:
не имеются
(информация об осуществлении уголовного преследования, наименование органа, принявшего решение, пункт, часть, статья уголовного закона, дата и основание прекращения уголовного преследования)

Дополнительная информация: не имеется

Зам. начальника информационного центра А.В. Мельникова
(М.П.)

APOSTILLE

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. Страна Российская Федерация

Настоящий официальный документ

2. был подписан (фамилия) А.В. Мельниковой

3. выступающим в качестве зам. нач. ОУУПиПДН УМВД России по ТО

4. скреплен печатью/штампом (название учреждения)
УМВД России по Тульской области

Удостоверено

5. в г. Туле 6. (дата) 12.03.2016

7. (название удостоверяющего органа) ОУУПиПДН УМВД России по ТО

8. за № 44

9. печать / штамп 10. подпись

TRADUCCIÓN PÚBLICA----------

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES----------

071 TS N. º 052466 *[en ruso 071 Ц N. º 052466]*----------

[Escudo]----------

MVD de Rusia *[Ministerio del Interior de la Federación de Rusia]*----------

DIRECCIÓN DEL MINISTERIO DEL INTERIOR DE LA FEDERACIÓN DE RUSIA EN LA REGIÓN DE TULA----------

(UMVD de Rusia en la región de Tula)----------

Avenida Lenina, número 83, ciudad de Tula, C.P. 300012----------

Teléfono: (4872) 32-22-49, fax: (4872) 36-48-97 ----------

Fecha: 11.03.2026 N.º 20/2-14389e----------

N.º 20/2-14389e de 11.03.2026----------

CERTIFICADO de existencia (inexistencia) de antecedentes penales y/o del proceso penal o de la finalización del proceso penal ----------

(apellido, nombre y patronímico (si tuviese) del individuo verificado, inclusive los anteriores, en caso nominativo): ----------

Apellido: ZUDOV----------

Nombre: VLADIMIR----------

Patronímico: Sergeevich----------

[Nota del traductor patronímico, significa "hijo de Sergey"]----------

Fecha y lugar de nacimiento: 20.04.1987, localidad de Maiskii, distrito de Uzlovaia, región de Tula----------

(Centro de Información del órgano territorial del Ministerio del Interior de la Federación de Rusia a nivel regional):----------

En la Institución Pública Federal "Centro Principal de Información y Análisis del Ministerio del Interior de Rusia", en el Centro de Información de la Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula se registran (no se registran) datos sobre condenas en el territorio de la Federación de Rusia:----------

NO SE REGISTRAN----------

(fecha de condena, nombre del tribunal que dictó la sentencia, inciso, parte, artículo del código penal, información sobre de reclasificación del delito, duración y tipo de pena, fecha y motivo de la liberación, fundamento para eliminar la condena). ----------
Se registran (no se registran) datos sobre el hecho de un proceso penal o sobre la finalización de un proceso penal en el territorio de la Federación de Rusia: ----------
NO SE REGISTRAN----------
(información sobre el ejercicio del proceso penal, nombre del órgano que tomó la decisión, inciso, parte, artículo del código penal, fecha y fundamento de la finalización del proceso penal). ----------
Información adicional: NO SE REGISTRA----------
Subjefa del Centro de Información: */firma manuscrita/*A.V. Melnikova----------
[Sello:] Ministerio del Interior de la Federación de Rusia* Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula * Número principal de Registro Estatal: 1027100968510 *[OGRN, por sus siglas en ruso]**6* Número de Identificación Fiscal: 7107036186 *[INN, por sus siglas en ruso]* ----------
----------**APOSTILLE**----------
----------**(Convention de La Haye du 5 octobre 1961**) ----------
1. País: Federación de Rusia----------
El presente documento público----------
2. Ha sido firmado por: A.V. Melnikova ----------
3. Quien actúa en calidad de: jefa del Departamento del Centro Informativo de la Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula ----------
4. Lleva el sello/timbre de: Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula ----------
CERTIFICADO----------
5. En: la ciudad de Tula ----------6. El día (fecha) 12.03.2026
7. Por: Centro Informativo de la Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula (nombre de la autoridad certificante)----------
8. Bajo N. º: 24----------
9. Sello/timbre *[Sello:]* Ministerio del Interior de la Federación de Rusia* Dirección del Ministerio del Interior de Rusia en la región de Tula * Número principal de Registro

Estatal: 1027100968510 *[OGRN, por sus siglas en ruso]*6* Número de Identificación Fiscal: 7107036186 *[INN, por sus siglas en ruso]* ----------

10. Firma: */firma manuscrita/* ----------

ES TRADUCCIÓN FIEL al idioma español del documento que adjunto redactado en idioma ruso en sus partes pertinentes que he tenido a la vista y al cual me remito. La presente traducción consta de 3 (tres) páginas y la firmo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el dieciséis de julio de dos mil veintiséis. Firmado digitalmente por Popova Elena, traductora pública en ruso, matrícula T° XXIV F° 242 CABA, Inscripción N.º 9827 Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.----------

Verificar en https://pki.jgm.gov.ar/app/CertificateAuthority/CertificatePublicKeyRequest.aspx----------

POPOVA Elena

Firmado digitalmente por POPOVA Elena
Fecha: 2026.07.16 16:27:15 -03'00'

COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

República Argentina
Ley 20305

LEGALIZACIÓN

El COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, en virtud de la facultad que le confiere el artículo 10 inc. d) de la Ley 20305, certifica que el/la Traductor/a Público/a **POPOVA, ELENA**

cuya firma digital consta en la traducción pública adjunta, se encuentra matriculado/a en esta institución en el idioma **RUSO [TOMO 24 - FOLIO 242]**

Asimismo, se deja constancia de que el/la profesional está habilitado/a por esta institución para firmar documentos en su calidad de Traductor/a Público/a.

Firmado digitalmente por: **MILIONE, DANIEL MATÍAS**

Identificador de legalización: **98271784230123446364l466a5930ebd4dac**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, **16/07/2026**

Departamento de Legalizaciones
Firma de Traductor Legalizada

Firmado digitalmente por MILIONE Daniel Matias
Fecha: 2026.07.16 16:42:45 -03'00'

Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires

Legalización firmada digitalmente conforme a la Ley 25506, a la Ley 2751 y sus reglamentaciones complementarias.

ESTA LEGALIZACIÓN NO IMPLICA JUICIO ALGUNO SOBRE EL CONTENIDO DE LA TRADUCCIÓN PÚBLICA Y SERÁ VÁLIDA ÚNICAMENTE SI ESTÁ FIRMADA DIGITALMENTE POR LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL CTPCBA.

Para verificar documentos digitales, ingrese a:
https://firmar.gob.ar/validar.html
Para saber cómo visualizar la totalidad de los documentos embebidos en este archivo .pdf, ingrese a:
https://www.traductores.org.ar/matriculados/firma-digital/
Para verificar la validez de esta legalización, ingrese a:
https://www.traductores.org.ar/publico/como-verifico-una-legalizacion-digital/

Colegio de Traductores Públicos
de la Ciudad de Buenos Aires

By virtue of the authority vested in the COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Buenos Aires Sworn Translators Association), by Argentine law No. 20305 section 10(d), I hereby CERTIFY that the Certified Translator whose digital signature is affixed on the document attached hereto is registered with this Association. This certification does not imply any opinion on the contents of the translation and will be valid only if digitally signed by the duly authorized signatory of the CTPCBA.

Vu par le COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Ordre des Traducteurs Officiels de la ville de Buenos Aires), en vertu des attributions qui lui ont été accordées par l'article 10, alinéa d) de la Loi n° 20305, CERTIFIE que le Traducteur/Traductrice Officiel/le, dont la signature numérique est apposée sur le document ci-joint, est inscrit/e à cette Institution. Cette légalisation n'implique aucun avis sur le contenu de la traduction et ne sera pas valable sans la signature numérique du fonctionnaire habilité par le CTPCBA.

Il COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Ordine dei Traduttori abilitati della Citta di Buenos Aires) , in virtù delle facoltà conferite dall'articolo 10, lettera d) della legge 20.305, CERTIFICA che la Traduttrice Giurata/il Traduttore Giurato, la cui firma digitale si riporta sul documento allegato, è registrata/o presso questo Ente. Questa legalizzazione non prevede alcun giudizio sul contenuto della traduzione e non sarà valida senza la relativa firma digitale del funzionario autorizzato dal CTPCBA.

Por meio desta legalização, o COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Colégio dos Tradutores Públicos da Cidade de Buenos Aires), no uso de suas atribuições e em conformidade com o artigo 10, alínea "d", da Lei 20.305, CERTIFICA que a Tradutora Pública/o Tradutor Público cuja assinatura digital consta no documento anexo, está inscrita/o nesta instituição. Este reconhecimento não diz respeito ao conteúdo da tradução e não será válido sem a assinatura digital correspondente ao funcionário habilitado pelo CTPCBA.

COLEGIO DE TRADUCTORES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Kammer der vereidigten Übersetzerinnen und Übersetzer der Stadt Buenos Aires). Kraft der Befugnisse, die ihr gem. Art. 10 Abs. d) des Gesetzes Nr. 20.305 zustehen, bescheinigt diese Kammer hiermit lediglich, dass die vereidigte Übersetzerin bzw. der vereidigte Übersetzer, deren/dessen digitale Signatur auf vorstehend beigefügter Urkunde gesetzt ist, dieser Berufskammer angehört. Diese Beglaubigung bezieht sich nicht auf den Inhalt der Übersetzung und ist nur mit der entsprechenden digitalen Signatur der bzw. des von der CTPCBA ermächtigten Bestätigungsbefugten gültig.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» Консультативно-диагностическое отделение 123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная,д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 35 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение - уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает

В настоящее время беспокоят высыпания в области голеней и стоп сливного характера, эпизоды лихорадки до 37,3-37,5С в вечернее время, слабость, боли в коленных суставах при движении.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-120кг.
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – отрицает
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
***Конституциональные проявления:
Общая слабость -отрицает
Немотивированное повышение t° тела – да, отмечает эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 градусов в вечернее время, купируется приемом Парацетамола
Немотивированное снижение массы тела – отрицает
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – да, геморрагическая сыпь с небольшим шелушением без зуда в области стоп , до средней трети обеих голеней
Кожный васкулит - отрицает
Алопеция - отрицает
*** Микроциркуляторное русло:
Синдром Рейно -отрицает
*** Орган зрения:
Поражение глаз - отрицает
Сухость в глазах - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли -отрицает

Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - в утренние часы кисти (онемение/парестезии)
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Снижение толерантности к физической нагрузке – отрицает

Заключение : У пациента , после перенесенной ОРВИ отмечаются артралгии, геморрагические высыпания в области голеней и стоп, эпизоды лихорадки. В дифференциальном ряду Реактивный артрит, дебют ИВРЗ. Необходимо дообследование.

Рекомендовано:

1. Ан. крови клинический
2. Ан. мочи общий
3. Б/х крови (общ. белок, белковые фракции, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, СРБ, РФ, ЩФ,ЛДГ,IgA, IgM, IgG)
4. Иммунология: Ат к МПО, Ат к PR-3, ANCA
5. КТ легких
6. Суточная протеинурия
7. Нимесулид 100мг*2р в день (после еды) 3-5 дней
8. Нольпаза 20мг*2р во время приема Нимесулида
9. Явка к ревматологу после дообследования

15.03.2023г

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» Консультативно-диагностическое отделение 123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)

123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 35 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу в марте 2023г, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела на 4кг.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ

Наследственность: у папы- рак желудка

Операции, травмы: не было

Аллергологический анамнез: не отмечает

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-116кг (ранее 120кг)

Передвигается самостоятельно

Утренняя скованность – да, 30мин

ПС (28) – 3 (правый коленный сустав, голеностопные суставы)

БС (28) – 3

ВАШ-7

***Конституциональные проявления:

Общая слабость –да, быстрая утомляемость

Немотивированное повышение t° тела – да, 37,2 ежедневно в вечернее время

Немотивированное снижение массы тела – да, за 2 мес на 4кг (пищевые привычки не менял)

*** Кожные покровы

Фотосенсибилизация - отрицает

Сыпь – да, геморрагическая сыпь на голенях и стопах

Кожный васкулит - отрицает

Алопеция - отрицает

*** Микроциркуляторное русло:

Синдром Рейно -отрицает

*** Орган зрения:

Поражение глаз - отрицает

Сухость в глазах - отрицает

*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - в утренние часы кисти (онемение/парестезии)
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Снижение толерантности к физической нагрузке – да, стал отмечать быструю утомляемость
В ан. крови от 29.03.2026г: Гемоглобин -143г/л,эр-4,82*10^12/л, лейкоц-11,93*10^9/л, тр-395*10^9/л, СОЭ-31,9мм/ч(0-15)
В б/х крови от 29.03.2023г: креатинин- 103,48мкмоль/л, СРБ-31,74мг/л,РФ-5,20МЕ/мл, АЦЦП >500, определение прокальцитонина-0,12мкг/л,D-димер-17372нг/мл, фибриноген - 5,58г/л, АТ к ds ДНК (IgG) -1,548МЕ/мл,определение Ig класса М (IgM)-0,73г/л,определение Ig класса G (IgG)-5,97г/л, определение Ig класса А (IgA)-8,34г/л(0-4), С3 компонент комплемента в сыворотке крови (С3, С3NCF, С3а)-1,59г/л, С4 компонент комплемента в сыворотке крови (С4, С4ф)-0,39г/л
В ан. мочи от 29.03.2023г : Удельный вес-1023, ph-6,5, белок-9,94г/л, Лейкоциты-326,0кл/мкл,, эритроциты-1282,2кл/мкл, бактерии-99,9кл/мкл
Заключение : У пациента с суставным с-мом, геморрагическими высыпаниями на коже в имеется :
- пальпируемая пурпура
- наличие белка в общ. ан. мочи до 9,94г/л
-лейкоцитурия, гематурия
- повышение D-димера
- артриты
- перенесенное ОРВИ (в анамнезе)

Клинически, у пациента не исключается IgA-васкулит (пальпируемая пурпура, артрит, нефрит), необходимо дообследование в рамках васкулита, для уточнения тяжести течения и выбора терапии
IgA-васкулит (пурпура Шёнлейна-Геноха), впервые выявленный, с поражением : кожи (распространенная пальпируемая пурпура), суставов (артриты голеностопных суставов), почек (быстропрогрессирующий гломерулонефрит с нефротическим с-мом, суточная протеинурия-?)
Рекомендовано:

1. Суточная протеинурия
2. Иммунология: Ат к МПО, Ат к PR-3, ANCA, криоглобулины
3. УЗИ почек
4. ИХИ сыв. крови и мочи в НМИЦ гематологии
5. Явка к ревматологу после дообследования

03.04.2023г



С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д.3 кор.16

Департамент здравоохранения города Москвы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы»

(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)

123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу в марте 2023г, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта 2023г по апрель 2023г на 8кг.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-112кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – да, 30мин
ПС (28) – 3 (правый коленный сустав, голеностопные суставы)
БС (28) – 3
ВАШ-7
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела – да, 37,2 ежедневно в вечернее время
Немотивированное снижение массы тела – да, за 2 мес на 8кг (пищевые привычки не менял)
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – да, геморрагическая сыпь на голенях и стопах
Кожный васкулит - отрицает
Алопеция - отрицает
*** Микроциркуляторное русло:
Синдром Рейно -отрицает
*** Орган зрения:
Поражение глаз - отрицает

Сухость в глазах - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - в утренние часы кисти (онемение/парестезии)
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Снижение толерантности к физической нагрузке – да, стал отмечать быструю утомляемость
Суточная протеинурия от 10.04. 2023г : Белок количественно-6,99г/сут(0 - 0.12)
Иммунология от 05.03.2023г : АТ к миелопероксидазе (анти-МПО)-IgG<1,2ОЕд/мл, АТ к протеиназе-3 (PR-3)-IgG<1,2Ед/мл, криоглобулины-отрицательно
ИХИ сыв. крови и мочи в НМИЦ гематологии от 11.04.22023г: патологической секреции не выявлено, электрофоретические признаки воспалительной диспротеинемии, клубочковая протеинурия.
УЗИ почек от 10.04.2023г: ПП 110х52 мм. ТП 18 мм. КМД сохранена, с расширенными до 15мм пирамидами. Паранефральная клетчатка с тонкими до 1 мм жидкостными прослойками. ЛП 116х67 мм. ТП 20 мм. Паранефральная клетчатка-субкапсулярно жидкостная прослойка до 1 мм. Заключение: диффузных изменений паренхимы (по типу нефропатии); незначительный выпот паранефрия.
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит),почек (морфологически неверифицированный)
Рекомендовано :

1. Биопсия почки для морфологической верификации изменений (до приема ГКС!!!)
2. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
3. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
4. Патогенетическая терапия: Преднизолон 5 мг или Метилпреднизолон 4 мг -8 таб. внутрь (суммарная доза преднизолона – 40 мг, метилпреднизолона – 32 мг), в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Не допускать резкой отмены препарата. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия:Лозартан 25 мг 2 р/сут утро и вечер с постепенным увеличением дозы на 12,5 мг в неделю до максимально переносимой (200 мг/сут) под контролем АД, уровня калия, креатинина.
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Явка к ревматологу в мае 2023г с ан. крови, ан. мочи, б/х крови (общ. белок, креатинин, мочевина, СРБ)

24.04.2023г

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, кор. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу в марте 2023г, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта 2023г по апрель 2023г на 8кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняются умеренные боли в голеностопных суставах при движении, высыпания в области голеней с регрессом, боли в эпигастрии. Отмечает продолжающееся снижение веса
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-108кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – да, 30мин
ПС (28) – 0
БС (28) – 2 (голеностопные суставы)
ВАШ-4
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость.
Немотивированное повышение t° тела – нет (ранее 37,2 ежедневно в вечернее время)
Немотивированное снижение массы тела – да, с февраля по настоящее время -12кг (пищевые привычки не менял)
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает

Сыпь – да, геморрагическая сыпь на голенях в стадии регресса, гиперпигментация
Кожный васкулит - отрицает
Алопеция - отрицает
*** Микроциркуляторное русло:
Синдром Рейно -отрицает
*** Орган зрения:
Поражение глаз - отрицает
Сухость в глазах - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - нет
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Снижение толерантности к физической нагрузке – да, стал отмечать быструю утомляемость

Суточная протеинурия от 24.05.2023г : Белок количественно-3,99г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 29.05.2023г: Гемоглобин -133г/л,эр-4,62*10^12/л, лейкоц-10,03*10^9/л, тр-388*10^9/л, СОЭ-21,9мм/ч(0-15)
В б/х крови от 29.05.2023г: креатинин- 113,48мкмоль/л, СРБ-21,74мг/л,
В ан. мочи от 29.05.2023г : Удельный вес-1023, ph-6,5, белок-1,49г/л, лейкоциты-26,0кл/мкл,, эритроциты-25,2кл/мкл, бактерии-19,9кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит),почек (морфологически неверифицированный)
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. Метилпреднизолон 4 мг -32 мг/сут (8табл.) в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака, снижать по схеме : 1/4т-1р в 5 дней, до 16мг/сут (4 табл.) Контроль гликемии ежедневно.
4. Нефропротективная терапия:Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД, уровня калия, креатинина.
5. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
6. ЭГДС
7. Явка к ревматологу в августе 2023г с ан. крови, ан. мочи, суточная протеинурия, б/х крови (общ. белок, креатинин, мочевина, калий, СРБ), ЭГДС

01.06.2023г



С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта 2023г на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время жалобы на слабость. Отмечает продолжающееся снижение веса
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-106кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет (ранее 30мин)
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-3
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела – нет (ранее 37,2 ежедневно в вечернее время)
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -14кг (пищевые привычки не менял)

*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет (ранее геморрагическая сыпь на голенях)
Кожный васкулит - отрицает
Алопеция - отрицает
*** Микроциркуляторное русло:
Синдром Рейно -отрицает
*** Орган зрения:
Поражение глаз - отрицает
Сухость в глазах - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - нет
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Суточная протеинурия от 14.08.2023г : Белок количественно-2,99г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 14.08.2023г: Гемоглобин -123г/л,эр-4,62*10^12/л, лейкоц-9,03*10^9/л, тр-368*10^9/л, СОЭ-19,9мм/ч(0-15)
В б/х крови от 14.08.2023г: креатинин- 103,48мкмоль/л,мочевина-7,3ммоль/л,СРБ-5,74мг/л,
В ан. мочи от 14.08.2023г : Удельный вес-1023, ph-6,5, белок-1,09г/л, лейкоциты-16,0кл/мкл,, эритроциты-15,2кл/мкл, бактерии-9,9кл/мкл
ЭГДС от 10.08.2023г: Недостаточность кардии. Эритематозная гастропатия. Эрозии антрального отдела желудка. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение ДПК.Биопсия: Фрагменты слизистой оболочки тонкой кишки с собственной мышечной пластинкой. Рядом с ней небольшая группа бруннеровых желез. Ворсины немного деформированы, некоторые удлинены, некоторые утолщены, покрыты тонкокишечным эпителием с малым числом бокаловидных клеток. Строма обильно инфильтрирована плазматическими клетками и лимфоцитами с примесью эозинофильных гранулоцитов и небольшого числа нейтрофильных гранулоцитов, проникающих в эпителий. Крипты обычного строения, клетки Паннета обнаруживаются в достаточном числе. **Заключение :** выявленные изменения укладываются в картину хронического дуоденита
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).

3. Метилпреднизолон 4 мг -16 мг/сут (4табл.) в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
4. Нефропротективная терапия: Лозартан 5о мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
5. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
6. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
7. Явка к ревматологу в сентябре 2023г с ан. крови, ан. мочи общий, б/х крови (общ. белок, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, СРБ, ЛДГ,IgA), иммунологей: Ат к МПО, Ат к PR-3, ANC, суточной протеинурией

25.08.2023г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница № 52 Департамента
здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется слабость, отмечал эпизод лихорадки до 37,2 в вечернее время. Отмечает продолжающееся снижение веса
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-104кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет (ранее 30мин)
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-3
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –да, эпизод повышения до 37,2 в вечернее время
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -16кг (пищевые привычки не менял)

*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет (ранее геморрагическая сыпь на голенях)
Кожный васкулит - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - нет
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Суточная протеинурия от 17.09.2023г : Белок количественно- 2,88г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 18.09.2023г: Гемоглобин -120г/л,эр-4,24*10^12/л, лейкоц-9,05*10^9/л, тр-304*10^9/л
В б/х крови от 18.09.2023г: общ. белок- 50,49г/л, креатинин- 125,60мкмоль/л, мочевина-7,40 ммоль/л, АЛТ-11,80Ед/л, АСТ-16,50Ед/л, СРБ-0,58мг/л, ЛДГ-153,90Ед/л, IgA-1,80г/л
В ан. мочи от 18.09.2023г : Удельный вес-1013, ph-5,5, белок-1,18г/л, лейкоциты-77,0кл/мкл, эритроциты-641кл/мкл, бактерии-59,9кл/мкл
Иммунология от 18.09.2023г : АТ к миелопероксидазе (анти-МПО)-IgG<1,2ОЕд/мл, АТ к протеиназе-3 (PR-3)-IgG<1,2Ед/мл
Заключение : С учетом прогрессирования заболевания, на фоне снижения дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут с целью усиления патогенетической терапии добавить Циклофосфан 800мг в/в кап.
Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап
4. Увеличить дозу Метилпреднизолона 4 мг – до 24 мг/сут (6табл.) в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

20.09.2023г

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ

Наследственность: у папы- рак желудка

Операции, травмы: не было

Аллергологический анамнез: не отмечает

В настоящее время сохраняется слабость, отмечал эпизод лихорадки до 37,2 в вечернее время. Отмечает продолжающееся снижение веса

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-104кг (ранее 120кг)

Передвигается самостоятельно

Утренняя скованность – нет (ранее 30мин)

ПС (28) – 0

БС (28) – 0

ВАШ-3

***Конституциональные проявления:

Общая слабость –да, быстрая утомляемость

Немотивированное повышение t° тела –да, эпизод повышения до 37,2 в вечернее время

Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -16кг (пищевые привычки не менял)
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет (ранее геморрагическая сыпь на голенях)
Кожный васкулит - отрицает
*** Поражение нервной системы:
Головные боли - отрицает
Головокружения отрицает
Бессонница – нет
Поражение периферической нервной системы - нет
***Поражение ЛОР-органов
Снижение слуха - отрицает
Органы дыхания
Сухой кашель -отрицает
Одышка – да, умеренная при физической нагрузке
Суточная протеинурия от 10.10.2023г : Белок количественно- 1,88г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 12.10.2023г: Гемоглобин -122г/л,эр-4,24*10^12/л, лейкоц-10,05*10^9/л, тр-314*10^9/л
В б/х крови от 12.10.2023г: креатинин- 120,30мкмоль/л, мочевина-7,20 ммоль/л, общ. калий -4,40ммоль/л
В ан. мочи от 12.10.2023г : Удельный вес-1013, ph-5,5, белок-1,08г/л, лейкоциты-57,0кл/мкл, эритроциты-341кл/мкл, бактерии-29,9кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.), циклофосфамидом (800 мг от 21.09.2023г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап на 14.10.2023г
4. Снижать дозу Метилпреднизолона 4 мг – до 12 мг/сут (3табл.) по 1/2т 1р в 3 дня в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

13.10.2023г

ТКАЧЕНКО СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг. На фоне терапии ГКС, ЦФ- отмечает улучшение в состоянии- нормализацию температуры тела, высыпания регрессировали полностью, сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость, снижение веса

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется умеренная слабость. Отмечает продолжающееся снижение веса
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-102кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет (ранее 30мин)
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-3

***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -18кг
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет (ранее геморрагическая сыпь на голенях)
Кожный васкулит - отрицает
Суточная протеинурия от 03.11.2023г : Белок количественно- 5,66г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 04.11.2023г: Гемоглобин -137г/л,эр-4,61*10^12/л, лейкоц-13,32*10^9/л, тр-269*10^9/л
В б/х крови от 04.11.2023г: общ. белок-59,57г/л, креатинин- 109,42мкмоль/л, мочевина-7,04ммоль/л, общ. калий -4,84ммоль/л
В ан. мочи от 04.11.2023г : Удельный вес-1031, ph-6,0, белок-7,43г/л, лейкоциты-154,0кл/мкл, эритроциты-403кл/мкл, бактерии-0кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.), циклофосфамидом (800 мг от 21.09.2023г, 14.10.2023г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап на 07.11.2023г
4. Метилпреднизолон 4 мг – 12 мг/сут (3табл.) в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

06.11.2023г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» Консультативно-диагностическое отделение 123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- отмечает улучшение в состоянии-нормализацию температуры тела, высыпания регрессировали полностью, сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость, снижение веса

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется умеренная слабость. Отмечает продолжающееся снижение веса
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-101кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-2

***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -19кг
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 28.11.2023г : Белок количественно- 7,23г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 28.11.2023г: Гемоглобин -151г/л,эр-5,25*10^12/л, лейкоц-10,82*10^9/л, тр-298*10^9/л
В б/х крови от 28.11.2023г: общ. белок-64,83г/л, креатинин- 117,98мкмоль/л, мочевина-6,50ммоль/л, общ. калий -4,78ммоль/л
В ан. мочи от 28.11.2023г : Удельный вес-1026, ph-6,0, белок-9,74г/л, лейкоциты-37,6кл/мкл, эритроциты-117,9кл/мкл, бактерии-61,4кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.), циклофосфамидом (800 мг от 21.09.2023г, 14.10.2023г, 07.11.2023г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап на 30.11.2023г
4. Увеличить дозу Метилпреднизолона 4 мг – до 16 мг/сут (4табл.) в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

29.11.2023г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» Консультативно-диагностическое отделение 123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- отмечает улучшение в состоянии-нормализацию температуры тела, высыпания регрессировали полностью, сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется умеренная слабость.
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-2

***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -19кг
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 20.12.2023г : Белок количественно- 7,23г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 21.12.2023г: Гемоглобин -147г/л,эр-5,07*10^12/л, лейкоц-7,98*10^9/л, тр-322*10^9/л
В б/х крови от 21.12.2023г: общ. белок-59,50г/л, креатинин- 116,90мкмоль/л, мочевина-6,30ммоль/л, общ. калий – 5,50ммоль/л
В ан. мочи от 21.12.2023г : Удельный вес-1026, ph-5,5, белок-3,81г/л, лейкоциты-93кл/мкл, эритроциты-298кл/мкл, бактерии-0кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.), циклофосфамидом (800 мг от 21.09.2023г, 14.10.2023г, 07.11.2023г, 30.11.2023г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап на 25.12.2023г
4. Снижать дозу Метилпреднизолона 4 мг – до 12 мг/сут (3табл.) по 1/4т 1р 5 дней в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

22.12.2023г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- отмечает улучшение в состоянии- нормализацию температуры тела, высыпания регрессировали полностью, сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость. С 10.01.2024г доза Метилпреднизолона снижена до 12мг/сут.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется умеренная слабость.
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0
БС (28) – 0

ВАШ-2
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -19кг
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 14.01.2024г : Белок количественно- 3,81г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 15.01.2024г: Гемоглобин -148г/л,эр-5,04*10^12/л, лейкоц-8,38*10^9/л, тр-379*10^9/л
В б/х крови от 15.01.2024г: общ. белок-59,50г/л, креатинин- 114,60мкмоль/л, мочевина-6,70ммоль/л, общ. калий – 4,90ммоль/л, СРБ-1,46мг/л
В ан. мочи от 15.01.2024г : Удельный вес-1026, ph-5,5, белок-3,31г/л, лейкоциты-63кл/мкл, эритроциты-198кл/мкл, бактерии-0кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г.), циклофосфамидом (800 мг от 21.09.2023г, 14.10.2023г, 07.11.2023г, 30.11.2023г, 25.12.2023г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. С целью усиления патогенетической терапии инфузия ЦФ 800 мг в/в кап на 17.01.2024г
4. Снижать дозу Метилпреднизолона 4 мг –12 мг/сут (3табл.) до полной отмены по 1/4т 1р 5 дней в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
5. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
6. Профилактика оппортунистических инфекций: Ко-тримоксазол 480 мг через день внутрь длительно
7. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
8. Явка к ревматологу через 3 недели после проведения инфузии Циклофосфана с ан. мочи общий, б/х крови(креатинин, мочевина, калий), суточной протеинурией

16.01.2024г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы» Консультативно-диагностическое отделение 123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 36 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана, 17.01.2024г-6-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ-сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость. С 10.01.2024г доза Метилпреднизолона снижена до 12мг/сут, с 05.02.2024- до 8мг/сут. Курс патогенетической терапии закончен в полном объеме.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
В настоящее время сохраняется умеренная слабость.
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0
БС (28) – 0

ВАШ-2
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -19кг
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 07.02.2024г : Белок количественно- 3,69г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 08.02.2024г: Гемоглобин -147г/л,эр-4,94*10^12/л, лейкоц-7,47*10^9/л, тр-283*10^9/л
В б/х крови от 08.02.2024г: общ. белок-61,30г/л, креатинин- 118,70мкмоль/л, мочевина-6,00ммоль/л, общ. калий – 4,50ммоль/л
В ан. мочи от 08.02.2024г : Удельный вес-1023, ph-7,0, белок-3,55г/л, лейкоциты-70кл/мкл, эритроциты-881кл/мкл, бактерии-58кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г., циклофосфамидом 800 мг на введение №6 с 21.09.2023г-17.01.2024г)
Сопутствующий: Эрозивный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. Снижать дозу Метилпреднизолона 4 мг – 8 мг/сут (2табл.) до полной отмены по 1/4т 1р 5 дней в интервале с 6:00 до 8:00, в один прием после завтрака. Контроль гликемии ежедневно.
4. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
5. Омепразол 20 мг или Пантопразол 20 мг 2 р/сут утро и вечер за 20 минут до приема пищи
6. Контроль ЭГДС
7. Явка к ревматологу в апреле 2024г с ан. мочи общий, б/х крови (креатинин, мочевина), суточная протеинурия

09.02.2024г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы»
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная, д.3, кор.16

Департамент здравоохранения города Москвы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)

123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 37 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана, 17.01.2024г-6-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость. С 10.01.2024г доза Метилпреднизолона снижена до 12мг/сут, с 05.02.2024- до 8мг/сут. Курс патогенетической терапии закончен в полном объеме. Продолжил снижение дозы Метилпреднизолона, с 11.03.2024г- отмена препарата. На фоне отмены препарата обострения не отмечалось.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ

Наследственность: у папы- рак желудка

Операции, травмы: не было

Аллергологический анамнез: не отмечает

В настоящее время сохраняется умеренная слабость.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)

Передвигается самостоятельно

Утренняя скованность – нет

ПС (28) – 0

БС (28) – 0
ВАШ-2
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – да, с марта по настоящее время -20кг (далее вес не снижался)
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 22.04.2024г : Белок количественно- 1,69г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 23.04.2024г: Гемоглобин -137г/л,эр-4,64*10^12/л, лейкоц-6,47*10^9/л, тр-233*10^9/л
В б/х крови от 23.04.2024г: общ. белок-63,30г/л, креатинин- 114,20мкмоль/л, мочевина-6,20ммоль/л, общ. калий – 4,30ммоль/л
В ан. мочи от 23.04.2024г : Удельный вес-1021, ph-6,0, белок-2,55г/л, лейкоциты-30кл/мкл, эритроциты-681кл/мкл, бактерии-18кл/мкл
ЭГДС от 09.04.2024г : признаки хронического гастрита. Эрозий не выявлено. Дуодено-гастральный рефлюкс.
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г., циклофосфамидом 800 мг на введение №6 с 21.09.2023г-17.01.2024г)
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. Ограничение физической активности
4. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
5. Явка к ревматологу в июле 2024г с ан. мочи общий, б/х крови (креатинин, мочевина), суточная протеинурия

24.04.2024г

ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Московский клинический
научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д.3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 37 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана, 17.01.2024г-6-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость. С 10.01.2024г доза Метилпреднизолона снижена до 12мг/сут, с 05.02.2024- до 8мг/сут. Курс патогенетической терапии закончен в полном объеме. Продолжил снижение дозы Метилпреднизолона, с 11.03.2024г- отмена препарата. На фоне отмены препарата обострения не отмечалось.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
На момент осмотра жалоб не предъявляет
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)
Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0

БС (28) – 0
ВАШ-1
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость эпизодически
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – нет
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 27.07.2024г : Белок количественно- 0,69г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 28.07.2024г: Гемоглобин -135г/л,эр-4,84*10^12/л, лейкоц-7,47*10^9/л, тр-253*10^9/л
В б/х крови от 28.07.2024г: общ. белок-61,30г/л, креатинин- 112,20мкмоль/л, мочевина-6,40ммоль/л, общ. калий – 4,20ммоль/л
В ан. мочи от 28.07.2024г : Удельный вес-1019, ph-6,5, белок-1,55г/л, лейкоциты-20кл/мкл, эритроциты-381кл/мкл, бактерии-8кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г., циклофосфамидом 800 мг на введение №6 с 21.09.2023г-17.01.2024г)
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. Ограничение физической активности
4. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
5. Явка к ревматологу в октябре 2024г с ан. мочи общий, б/х крови (креатинин, мочевина), суточная протеинурия

29.07.2024г

ТКАЧЕНКО СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ВРАЧ

С. Н. Ткаченко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр
Больница 52 Департамента
здравоохранения города Москвы
Консультативно-диагностическое отделение
123182 г. Москва ул. Пехотная д. 3, стр. 16

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ»)
123181 Москва, ул. Пехотная, д.3,кор.16, Консультативно-диагностическое отделение, тел. 8(499)1904305

Консультация ревматолога Ткаченко С.Н.

Пациент Зудов Владимир Сергеевич, 37 лет (20.04.1987г.р.), обратился к ревматологу МКНИЦ Больница 52 в марте 2023г с жалобами на боли в суставах, высыпания на голенях, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5 в вечернее время.

С февраля 2023г после перенесенного ОРВИ стал отмечать артралгии в мелких суставах кистей, коленных, голеностопных суставах. Наблюдался терапевтом в частном центре, состояние было расценено как Реактивная артропатия, рекомендован прием Ибупрофена. На фоне приема препарата отмечал некоторое улучшение- уменьшение суставного с-ма. С начала марта 2023г отметил единичные высыпания в области голеней геморрагического характера, эпизоды повышения температуры тела до 37,3-37,5С. Самостоятельно принимал парацетамол, отмечал умеренное улучшение в состоянии. После 10.03.2023г отметил появление высыпаний в области стоп, до середины голеней, высыпания стали приобретать сливной характер. Обратился к ревматологу, рекомендован прием НПВП при выраженных болях в суставах. На фоне приема НПВП отмечал регресс суставного с-ма, лихорадки, высыпания не прогрессировали. С конца марта 2023г стал отмечать нарастание слабости, быструю утомляемость, боль и припухание в голеностопных суставах, субфебрилитет 37,2 в вечернее время ежедневно, усиление высыпаний в области голеней. Отметил снижение массы тела с марта на 12кг. В конце апреля 2023г после дообследования, диагностирован Геморрагический васкулит, рекомендовано проведение биопсии почки, прием ГКС. На фоне проводимой терапии Метилпреднизолоном -кожный синдром с разрешением, нормотермия, боли в суставах уменьшились, лабораторно уменьшение протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии. От предложенной биопсии почки пациент отказался. С конца мая 2023г начато снижение дозы Метилпреднизолона до 16мг/сут. С 20.08.2023г- снизил дозу ГКС до 16мг/сут. На фоне снижения дозировки отметил регресс высыпаний, суставного с-ма полностью. Сохраняется слабость, снижение веса. С учетом прогрессирования заболевания к терапии добавлен Циклофосфан, проведено в/в введение (1-я инфузия) от 21.09.2023г, перенес удовлетворительно. 14.10.2023г-выполнено 2-е введение циклофосфана 800 мг, 07.11.2023г-3-е введение циклофосфана, 30.11.2023г- 4-е введение циклофосфана, 25.12.2023г-5-е введение циклофосфана, 17.01.2024г-6-е введение циклофосфана. На фоне терапии ГКС, ЦФ- сохраняется умеренная слабость, быстрая утомляемость. С 10.01.2024г доза Метилпреднизолона снижена до 12мг/сут, с 05.02.2024- до 8мг/сут. Курс патогенетической терапии закончен в полном объеме. Продолжил снижение дозы Метилпреднизолона, с 11.03.2024г- отмена препарата. На фоне отмены препарата обострения не отмечалось. В начале сентября 2024г перенес ОРВИ : боли в горле, насморк, повышение температуры до 37,5 градусов. Принимал Парацетамол, противовирусную терапию. Обострения основного заболевания не отмечалось.

Перенесенные заболевания: ХАИТ, узлы левой доли ЩЖ
Наследственность: у папы- рак желудка
Операции, травмы: не было
Аллергологический анамнез: не отмечает
На момент осмотра жалобы на умеренную слабость
Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-187см, вес-100кг (ранее 120кг)

Передвигается самостоятельно
Утренняя скованность – нет
ПС (28) – 0
БС (28) – 0
ВАШ-1
***Конституциональные проявления:
Общая слабость –да, быстрая утомляемость эпизодически
Немотивированное повышение t° тела –нет
Немотивированное снижение массы тела – нет
*** Кожные покровы
Фотосенсибилизация - отрицает
Сыпь – нет
Суточная протеинурия от 04.10.2024г : Белок количественно- 0,89г/сут(0 - 0.12)
В ан. крови от 05.10.2024г: Гемоглобин -137г/л,эр-4,94*10^12/л, лейкоц-9,47*10^9/л, тр-283*10^9/л
В б/х крови от 05.10.2024г: общ. белок-59,30г/л, креатинин- 116,20мкмоль/л, мочевина-7,40ммоль/л, общ. калий – 4,30ммоль/л
В ан. мочи от 05.10.2024г : Удельный вес-1021, ph-6,0, белок-1,75г/л, лейкоциты-28кл/мкл, эритроциты-361кл/мкл, бактерии-18кл/мкл
Заключение : Геморрагический васкулит с поражением кожи (полиморфный, дермальный ангиит), суставов (артрит), ЖКТ (эрозивная гастропатия, эрозивно-язвенное поражение двенадцатиперстной кишки), почек (морфологически неверифицированный)
Осложнения: Нефритический синдром. ОПП по KDIGO I ст. СКФ (по формуле CKD-EPI): 65 мл/мин/1,73м2.Состояние на патогенетической терапии ГКС, в том числе в сверх высоких дозах (МПЗ сумм. 1500 мг), внутрь 8 таб. с 25.04.2023г., циклофосфамидом 800 мг на введение №6 с 21.09.2023г-17.01.2024г)
Рекомендовано :

1. Соблюдать строгую бессолевую диету с ограничением белка до 0,8 г/кг/сут, легкоусвояемых углеводов, пищи богатой пуриновыми основаниями, калием.
2. Избегать приема нефротоксичных препаратов (НПВС, антибактериальные препараты из группы аминогликозидов).
3. Ограничение физической активности
4. Нефропротективная терапия: Лозартан 50 мг 2 р/сут утро и вечер под контролем АД
5. Явка к ревматологу в январе-феврале 2025г с ан. мочи общий, б/х крови (креатинин, мочевина), суточная протеинурия



07.10.2024г

С. Н. Ткаченко

<u>TRADUCCIÓN PÚBLICA</u>----------

[Nota del traductor: todos los textos encerrados entre corchetes representan notas del traductor, no forman parte del texto original, sino que sirven de aclaración al documento.]---

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 35 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura

corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad refiere molestias por erupciones confluentes en piernas y pies, episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes, debilidad y dolor en las articulaciones de las rodillas al movimiento.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 120 kg.----

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: la niega.----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0.----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: la niega.----------

Elevación injustificada de la temperatura corporal: sí, refiere episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes, remitida con la toma de paracetamol.----------

Pérdida de peso injustificada: la niega.----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: sí, erupción hemorrágica con ligera descamación sin prurito en los pies y hasta el tercio medio de ambas piernas.----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: en horas de la mañana presenta entumecimiento/parestesias en las manos.----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Disminución de la tolerancia al ejercicio: niega. ----------

Conclusión: En este paciente, tras haber padecido una infección respiratoria viral aguda (IRVA), se observan artralgias, erupciones hemorrágicas en la región de ambas piernas y pies, así como episodios de fiebre. El diagnóstico diferencial incluye artritis reactiva y debut de una enfermedad inflamatoria sistémica del tejido conectivo (EISTC). Se requiere completar los estudios diagnósticos.----------

Se recomienda:----------

1. Hemograma completo. ----------
2. Análisis general de orina. ----------
3. Análisis bioquímico de sangre: proteína total, fracciones proteicas, creatinina, urea, ALT, AST, proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR), complemento C3 y C4, inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG). ----------
4. Estudios inmunológicos: anticuerpos anti-MPO, anticuerpos anti-PR3, ANCA.
5. Tomografía computarizada (TC) de tórax. ----------
6. Proteinuria de 24 horas. ----------
7. Nimesulida 100 mg, 2 veces al día (después de las comidas), durante 3–5 días.
8. Nolpaza 20 mg, 2 veces al día mientras dure el tratamiento con nimesulida.
9. Control con el reumatólogo una vez completados los estudios complementarios.----------

15.03.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú « Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 35 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter

confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 4 kg.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 116 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: sí, 30 minutos.----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 3 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 3.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 7.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: sí, hasta 37,2 °C, diariamente durante las horas de la tarde. ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 4 kg en 2 meses (sin haber modificado sus hábitos alimentarios).----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: sí, erupción hemorrágica localizada en ambas piernas y pies.-----

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: en horas de la mañana presenta entumecimiento/parestesias en las manos.----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Disminución de la tolerancia al esfuerzo físico: sí, comenzó a presentar fatigabilidad rápida.----------

En el análisis clínico de sangre del 29.03.2023: Hemoglobina: 143 g/L; eritrocitos: 4,82 × 10^{12}/L; leucocitos: 11,93 × 10^{9}/L; plaquetas: 395 × 10^{9}/L; velocidad de eritrosedimentación (VSG): 31,9 mm/h (0–15).----------

En el análisis bioquímico de sangre del 29.03.2023: Creatinina: 103,48 μmol/L; proteína C reactiva (PCR): 31,74 mg/L; factor reumatoide (FR): 5,20 UI/mL; anticuerpos antinucleares (ANA, por IFI): >1:500; procalcitonina: 0,12 ng/mL; dímero D: 1737,72 ng/mL; fibrinógeno: 5,58 g/L; inmunoglobulina M (IgM): 0,73 g/L; inmunoglobulina G (IgG): 5,97 g/L; inmunoglobulina A (IgA): 8,34 g/L (0–4); componente C3 del complemento sérico (C3, C3NCF, C3a): 1,59 g/L; componente C4 del complemento sérico (C4, C4d): 0,39 g/L.----------

En el análisis de orina del 29.03.2023: Densidad urinaria: 1023; pH: 6,5; proteínas: 9,94 g/L; leucocitos: 326,0 cél./μL; eritrocitos: 1282,2 cél./μL; bacterias: 99,9 cél./μL.----------

Conclusión: En un paciente con síndrome articular y erupciones hemorrágicas en la piel se constatan:----------

- púrpura palpable; ----------

- presencia de proteínas en el análisis general de orina de hasta 9,94 g/L; ----------

- leucocituria, hematuria; ----------

- aumento del dímero D; ----------

- artritis; ----------

- antecedente de infección respiratoria viral aguda (IRVA).----------

Clínicamente, en este paciente no puede excluirse una vasculitis por IgA (púrpura palpable, artritis, nefritis). Es necesario completar los estudios en el marco del diagnóstico de vasculitis para determinar la gravedad del cuadro y seleccionar el tratamiento adecuado.----------

Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch), diagnosticada por primera vez, con compromiso de: piel (púrpura palpable diseminada); articulaciones (artritis de las articulaciones de los tobillos); riñones (glomerulonefritis rápidamente progresiva con síndrome nefrótico; proteinuria de 24 horas: ?). ----------

Se recomienda:----------

1. Proteinuria de 24 horas. ----------
2. Estudios inmunológicos: anticuerpos anti-MPO, anticuerpos anti-PR3, ANCA, crioglobulinas. ----------
3. Ecografía renal. ----------
4. Estudios complementarios de sangre y orina en el Centro Nacional de Investigación Médica de Hematología. ----------
5. Control con el reumatólogo una vez completados los estudios complementarios. ----------

03.04.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter

confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 112 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: sí, 30 minutos.----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 3 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 3.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 7.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: sí, hasta 37,2 °C, diariamente durante las horas de la tarde. ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 8 kg en 2 meses (sin haber modificado sus hábitos alimentarios).----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: sí, erupción hemorrágica localizada en ambas piernas y pies.-----

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: en horas de la mañana presenta entumecimiento/parestesias en las manos.----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Disminución de la tolerancia al esfuerzo físico: sí, comenzó a presentar fatigabilidad rápida.----------

Proteinuria de 24 horas del 10.04.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 6,99 g/24 h (valor de referencia: 0–0,12 g/24 h).----------

Estudios inmunológicos del 05.03.2023: Anticuerpos contra la mieloperoxidasa (anti-MPO): IgG < 1,2 UI/mL; anticuerpos contra la proteinasa-3 (PR-3): IgG < 1,2 UI/mL; crioglobulinas: resultado negativo.----------

Inmunoelectroforesis sérica y urinaria realizada en el Centro Nacional de Investigación Médica de Hematología el 11.04.2023: No se detectó secreción patológica. Se observaron signos electroforéticos de disproteinemia inflamatoria. Proteinuria de origen glomerular.----------

Ecografía renal del 10.04.2023:----------

Riñón derecho (RD): 110 × 52 mm. Espesor del parénquima: 18 mm. Diferenciación corticomedular conservada, con pirámides medulares dilatadas de hasta 15 mm. Tejido perirrenal con finas bandas líquidas de hasta 1 mm. Riñón izquierdo (RI): 116 × 67 mm. Espesor del parénquima: 20 mm. Tejido perirrenal con fina banda líquida subcapsular de hasta 1 mm. Conclusión: cambios difusos del parénquima renal (compatibles con nefropatía); leve derrame perinéfrico.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiitis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); riñones (sin verificación morfológica). ----------

Se recomienda:----------

1. Biopsia renal para la verificación morfológica de las alteraciones (antes de iniciar tratamiento con glucocorticoides). ----------

2. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción proteica a 0,8 g/kg/día, limitación de hidratos de carbono de rápida absorción y alimentos ricos en purinas y potasio. ----------

3. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------

4. Tratamiento patogénico: Prednisolona 5 mg o Metilprednisolona 4 mg: 8 comprimidos por vía oral (dosis total: prednisolona 40 mg o metilprednisolona 32 mg), entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. No suspender el tratamiento de forma brusca. Control diario de la glucemia.----------

5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 25 mg, 2 veces al día (mañana y noche), con aumento gradual de la dosis en 12,5 mg por semana hasta la dosis máxima tolerada (200 mg/día), bajo control de la presión arterial, el potasio y la creatinina. ----------

6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------

7. Control con el reumatólogo en mayo de 2023, con hemograma, análisis general de orina y análisis bioquímico de sangre (proteínas totales, creatinina, urea y proteína C reactiva).----------

24.04.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter

confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persisten dolores moderados en las articulaciones de los tobillos al movimiento, erupciones en la zona de las piernas con regresión, dolores en el epigastrio. Refiere una pérdida de peso continuada.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 108 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: sí, 30 minutos.----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 2.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 4.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no (anteriormente 37,2 °C diariamente durante las horas de la tarde). ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 12 kg desde febrero hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios).----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: sí, erupción hemorrágica en la región de ambas piernas en fase de regresión, con hiperpigmentación.----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: en horas de la mañana presenta entumecimiento/parestesias en las manos.----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Disminución de la tolerancia al esfuerzo físico: sí, comenzó a presentar fatigabilidad rápida.----------

Proteinuria de 24 horas del 24.05.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 3,99 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 29.05.2023: Hemoglobina: 133 g/L; eritrocitos: 4,62 × 10^{12}/L; leucocitos: 10,03 × 10^{9}/L; plaquetas: 388 × 10^{9}/L; velocidad de eritrosedimentación (VSG): 21,9 mm/h (0–15).----------

En el análisis bioquímico de sangre del 29.05.2023: Creatinina: 113,48 µmol/L; proteína C reactiva (PCR): 21,74 mg/L.----------

En el análisis de orina del 29.05.2023: Densidad urinaria: 1023; pH: 6,5; proteínas: 1,49 g/L; leucocitos: 26,0 cél./µL; eritrocitos: 25,2 cél./µL; bacterias: 19,9 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); riñones (sin verificación morfológica). ----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Metilprednisolona 4 mg: 32 mg/día (8 comprimidos), entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno; reducir la dosis según el siguiente esquema: ¼–1 comprimido cada 5 días, hasta 16 mg/día (4 comprimidos). Control diario de la glucemia. ----------
4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial, del potasio y de la creatinina.----------
5. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------
6. Esofagogastroduodenoscopia (EGD). ----------
7. Control con el reumatólogo en agosto de 2023, con hemograma, análisis general de orina, proteinuria de 24 horas y análisis bioquímico de sangre (proteínas totales, creatinina, urea, potasio, proteína C reactiva), además de esofagogastroduodenoscopia (EGD). ----------

01.06.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú « Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del

Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante

el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad, el paciente refiere debilidad. Continúa presentando pérdida de peso.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 106 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no (antes 30 minutos)----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 3.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no (anteriormente 37,2 °C diariamente durante las horas de la tarde). ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 14 kg desde marzo hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios).----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: sí, erupción hemorrágica en la región de ambas piernas en fase de regresión, con hiperpigmentación.----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: no----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Proteinuria de 24 horas del 14.08.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 2,99 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 14.08.2023: Hemoglobina: 123 g/L; eritrocitos: 4,62 × 10^{12}/L; leucocitos: 9,03 × 10^{9}/L; plaquetas: 368 × 10^{9}/L; velocidad de eritrosedimentación (VSG): 19,9 mm/h (0–15).----------

En el análisis bioquímico de sangre del 14.08.2023: Creatinina: 103,48 µmol/L; urea: 7,3 mmol/L; proteína C reactiva (PCR): 5,74 mg/L.----------

En el análisis de orina del 14.08.2023: Densidad urinaria: 1023; pH: 6,5; proteínas: 1,09 g/L; leucocitos: 16,0 cél./µL; eritrocitos: 15,2 cél./µL; bacterias: 9,9 cél./µL.----------

Esofagogastroduodenoscopia (EGD) del 10.08.2023: Insuficiencia de los cardias. Gastropatía eritematosa. Erosiones del antro gástrico. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Biopsia: Fragmento de mucosa del intestino delgado con muscular de la mucosa propia. Adyacente a ella se observa un pequeño grupo de glándulas de Brunner. Las vellosidades presentan leve deformación; algunas se encuentran alargadas y otras engrosadas, revestidas por epitelio del intestino delgado con escaso número de células caliciformes. El estroma muestra abundante infiltración por células plasmáticas y linfocitos, con presencia de granulocitos eosinófilos y un pequeño número de granulocitos neutrófilos que penetran en el epitelio. Las criptas presentan arquitectura conservada. Se identifican células de Paneth en cantidad suficiente. **Conclusión:** Los cambios observados son compatibles con un cuadro de duodenitis crónica.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA) estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (metilprednisolona; dosis acumulada: 1500 mg por vía oral en 8 comprimidos, desde el 25.04.2023).----------

Patología concomitante**:** Gastritis erosiva. Reflujo duodeno gástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------

2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------

3. Metilprednisolona 4 mg: 16 mg/día (4 comprimidos), entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia.

4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------

5. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------

6. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

7. Control con el reumatólogo en septiembre de 2023, con hemograma, análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (proteínas totales, creatinina, urea, ALT, AST, proteína C reactiva, LDH, IgA), estudios inmunológicos (anticuerpos anti-MPO, anticuerpos anti-PR3, ANCA) y proteinuria de 24 horas.----------

25.08.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú « Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del

Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió

una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persisten la debilidad; refiere episodios de fiebre de hasta 37,2 °C durante las horas de la tarde. Asimismo, continúa presentando pérdida de peso.----

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 104 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no (antes 30 minutos)----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 3.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: sí, refiere episodios de aumento de la temperatura corporal hasta 37,2 °C durante las horas de la tarde. ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 16 kg desde marzo hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios). ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no (anteriormente presentaba erupción hemorrágica en la región de ambas piernas).----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: no----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Proteinuria de 24 horas del 17.09.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 2,88 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 18.09.2023: Hemoglobina: 120 g/L; eritrocitos: 4,24 × 10^{12}/L; leucocitos: 9,05 × 10^{9}/L; plaquetas: 304 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 18.09.2023: Proteínas totales: 50,49 g/L; creatinina: 125,60 µmol/L; urea: 7,40 mmol/L; ALT: 11,80 U/L; AST: 16,50 U/L; proteína C reactiva (PCR): 0,58 mg/L; LDH: 153,90 U/L; IgA: 1,80 g/L.----------

En el análisis de orina del 18.09.2023: Densidad urinaria: 1013; pH: 5,5; proteínas: 1,18 g/L; leucocitos: 77,0 cél./µL; eritrocitos: 641 cél./µL; bacterias: 59,9 cél./µL.----------

Estudios inmunológicos del 18.09.2023: Anticuerpos contra la mieloperoxidasa (anti-MPO): IgG < 1,2 UI/mL; anticuerpos contra la proteinasa-3 (PR-3): IgG < 1,2 UI/mL.----------

Conclusión:----------

Teniendo en cuenta la progresión de la enfermedad durante la reducción de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día, con el fin de intensificar el tratamiento patogénico se indica añadir ciclofosfamida 800 mg por infusión intravenosa.---------

Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica). ----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg), por vía oral desde el 25.04.2023.

Patología concomitante**:** Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg. ----------
4. Aumentar la dosis de metilprednisolona 4 mg a 24 mg/día (6 comprimidos), entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------
5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------
6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------

7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea, potasio) y proteinuria de 24 horas.----------

20.09.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda,

comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la

debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persisten la debilidad; refiere episodios de fiebre de hasta 37,2 °C durante las horas de la tarde. Asimismo, continúa presentando pérdida de peso.----

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 104 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------
Rigidez matutina: no (antes 30 minutos)----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 3.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: sí, refiere episodios de aumento de la temperatura corporal hasta 37,2 °C durante las horas de la tarde. ----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 16 kg desde marzo hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios). ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no (anteriormente presentaba erupción hemorrágica en la región de ambas piernas).----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Alopecia: la niega.----------

***Red microvascular:----------

Síndrome de Raynaud: lo niega.----------

***Órgano de la visión:----------

Afección ocular: la niega.----------

Sequedad ocular: la niega.----------

***Afección del sistema nervioso:----------

Dolores de cabeza: los niega.----------

Mareos: niega.----------

Insomnio: niega.----------

Afectación del sistema nervioso periférico: no----------

Órganos otorrinolaringológicos:----------

Disminución de la audición: niega. ----------

Sistema respiratorio:----------

Tos seca: niega----------

Disnea: sí, moderada con el esfuerzo físico. ----------

Proteinuria de 24 horas del 10.10.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 1,88 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 12.10.2023: Hemoglobina: 122 g/L; eritrocitos: 4,24 × 10^{12}/L; leucocitos: 10,05 × 10^{9}/L; plaquetas: 314 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 12.10.2023: Creatinina: 120,30 µmol/L; urea: 7,20 mmol/L; potasio total: 4,40 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 12.10.2023: Densidad urinaria: 1013; pH: 5,5; proteínas: 1,08 g/L; leucocitos: 57,0 cél./µL; eritrocitos: 341 cél./µL; bacterias: 29,9 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica). ---------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida (800 mg, administrada el 21.09.2023).----------

Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------

3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg el 14.10.2023. ----------

4. Reducir la dosis de metilprednisolona 4 mg hasta 12 mg/día (3 comprimidos), disminuyendo ½ comprimido cada 3 días, administrando la dosis entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------

5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------

6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------

7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea y potasio) y proteinuria de 24 horas.----------

13.10.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del

Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió

una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persisten la debilidad. Asimismo, continúa presentando pérdida de peso.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 102 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no (antes 30 minutos)----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 3.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 18 kg desde marzo hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios). ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no (anteriormente presentaba erupción hemorrágica en la región de ambas piernas).----------

Vasculitis cutánea: la niega.----------

Proteinuria de 24 horas del 03.11.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 5,66 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 04.11.2023: Hemoglobina: 137 g/L; eritrocitos: 4,61 × 10^{12}/L; leucocitos: 13,32 × 10^{9}/L; plaquetas: 269 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 04.11.2023: Proteínas totales: 59,57 g/L; creatinina: 109,42 μmol/L; urea: 7,04 mmol/L; potasio total: 4,84 mmol/L. En el análisis de orina del 04.11.2023: Densidad urinaria: 1031; pH: 6,0; proteínas: 7,43 g/L; leucocitos: 154,0 cél./μL; eritrocitos: 403 cél./μL; bacterias: 0 cél./μL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida (800 mg administrada el 21.09.2023 y el 14.10.2023). Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodeno gástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio.-

2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos).----------

3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg el 07.11.2023.----------

4. Metilprednisolona 4 mg: 12 mg/día (3 comprimidos), administrados entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia.----------

5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial.----------

6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado.----------

7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas.----------

8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea y potasio) y proteinuria de 24 horas.----------

06.11.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las

tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides

(GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persisten la debilidad. Asimismo, continúa presentando pérdida de peso.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 101 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 19 kg desde marzo hasta la actualidad (sin haber modificado sus hábitos alimentarios). ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 28.11.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 7,23 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 28.11.2023: Hemoglobina: 151 g/L; eritrocitos: 5,25 × 10^{12}/L; leucocitos: 10,82 × 10^{9}/L; plaquetas: 298 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 28.11.2023: Proteínas totales: 64,83 g/L; creatinina: 117,98 µmol/L; urea: 6,50 mmol/L; potasio total: 4,78 mmol/L.---------

En el análisis de orina del 28.11.2023: Densidad urinaria: 1026; pH: 6,0; proteínas: 9,74 g/L; leucocitos: 37,6 cél./µL; eritrocitos: 117,9 cél./µL; bacterias: 61,4 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica). ----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida (800 mg administrada el 21.09.2023, 14.10.2023 y 07.11.2023).---

Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg el 30.11.2023. ----------
4. Aumentar la dosis de metilprednisolona 4 mg a 16 mg/día (4 comprimidos), administrados entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------
5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------
6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado.

7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea y potasio) y proteinuria de 24 horas.----------

29.11.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda,

comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la

debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persiste debilidad moderada.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 19 kg desde marzo hasta la actualidad ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 20.12.2023: Proteínas (determinación cuantitativa): 7,23 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 21.12.2023: Hemoglobina: 147 g/L; eritrocitos: 5,07 × 10^{12}/L; leucocitos: 7,98 × 10^{9}/L; plaquetas: 322 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 21.12.2023: Proteínas totales: 59,50 g/L; creatinina: 116,90 µmol/L; urea: 6,30 mmol/L; potasio total: 5,50 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 21.12.2023: Densidad urinaria: 1026; pH: 5,5; proteínas: 3,81 g/L; leucocitos: 93 cél./µL; eritrocitos: 298 cél./µL; bacterias: 0 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica). ----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida (800 mg administrada el 21.09.2023, 14.10.2023, 07.11.2023 y 30.11.2023).----------

Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg el 25.12.2023. ----------
4. Reducir la dosis de metilprednisolona 4 mg a 12 mg/día (3 comprimidos), disminuyendo ¼ de comprimido cada 5 días, administrados entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------
5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------
6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------

7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea y potasio) y proteinuria de 24 horas. ----------

22.12.2023----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda,

comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la

debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Desde el 10.01.2024, la dosis de metilprednisolona se redujo a 12 mg/día.----------

Antecedentes patológicos: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persiste debilidad moderada.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 19 kg desde marzo hasta la actualidad ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 14.01.2024: Proteínas (determinación cuantitativa): 3,81 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 15.01.2024: Hemoglobina: 148 g/L; eritrocitos: 5,04 × 10^{12}/L; leucocitos: 8,38 × 10^{9}/L; plaquetas: 379 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 15.01.2024: Proteínas totales: 59,50 g/L; creatinina: 114,60 µmol/L; urea: 6,70 mmol/L; potasio total: 4,90 mmol/L; proteína C reactiva (PCR): 1,46 mg/L.----------

En el análisis de orina del 15.01.2024:----------

Densidad urinaria: 1026; pH: 5,5; proteínas: 3,31 g/L; leucocitos: 63 cél./µL; eritrocitos: 198 cél./µL; bacterias: 0 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica). ----------
Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida (800 mg administrada el 21.09.2023, 14.10.2023, 07.11.2023, 30.11.2023 y 25.12.2023).----------
Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------
Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Con el fin de intensificar el tratamiento patogénico, realizar una infusión intravenosa de ciclofosfamida 800 mg el 17.01.2024. ----------
4. Reducir la dosis de metilprednisolona 4 mg a 12 mg/día (3 comprimidos) hasta su suspensión completa, disminuyendo ¼ de comprimido cada 5 días,

administrados entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------

5. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial.----------
6. Profilaxis de infecciones oportunistas: Cotrimoxazol 480 mg, por vía oral, día por medio, durante un período prolongado. ----------
7. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------
8. Control con el reumatólogo 3 semanas después de la infusión de ciclofosfamida, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea y potasio) y proteinuria de 24 horas. ----------

16.01.2024----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 36 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó

resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Desde el 10.01.2024, la dosis de metilprednisolona se redujo a 12 mg/día, desde el 05.02.2024, a 8 mg/día. El tratamiento patogénico se completó en su totalidad.----------

Antecedentes patológico: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persiste debilidad moderada.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 (articulación de la rodilla derecha y articulaciones de ambos tobillos).----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 19 kg desde marzo hasta la actualidad ----------

***Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 07.02.2024: Proteínas (determinación cuantitativa): 3,69 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 08.02.2024: Hemoglobina: 147 g/L; eritrocitos: 4,94 × 10^{12}/L; leucocitos: 7,47 × 10^{9}/L; plaquetas: 283 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 08.02.2024: Proteínas totales: 61,30 g/L; creatinina: 118,70 µmol/L; urea: 6,00 mmol/L; potasio total: 4,50 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 08.02.2024: Densidad urinaria: 1023; pH: 7,0; proteínas: 3,55 g/L; leucocitos: 70 cél./µL; eritrocitos: 881 cél./µL; bacterias: 58 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------
Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m^2. Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida 800 mg, administrada en 6 infusiones, desde el 21.09.2023 hasta el 17.01.2024.----------
Patología concomitante: Gastritis erosiva. Reflujo duodenogástrico. Lesión erosivo-ulcerosa del duodeno.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------

3. Reducir la dosis de metilprednisolona 4 mg a 8 mg/día (2 comprimidos) hasta su suspensión completa, disminuyendo ¼ de comprimido cada 5 días, administrados entre las 6:00 y las 8:00 horas, en una sola toma después del desayuno. Control diario de la glucemia. ----------

4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------

5. Omeprazol 20 mg o Pantoprazol 20 mg, 2 veces al día (mañana y noche), 20 minutos antes de las comidas. ----------

6. Control mediante esofagogastroduodenoscopia (EGD). ----------

7. Control con el reumatólogo en abril de 2024, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea) y proteinuria de 24 horas.----

09.02.2024----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 37 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó

resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Desde el 10.01.2024, la dosis de metilprednisolona se redujo a 12 mg/día, desde el 05.02.2024, a 8 mg/día. El tratamiento patogénico se completó en su totalidad. Se continuó reduciendo gradualmente la dosis de metilprednisolona y, desde el 11.03.2024, el medicamento fue suspendido. Tras la suspensión del tratamiento no se observaron exacerbaciones de la enfermedad.----------

Antecedentes patológico: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

En la actualidad persiste debilidad moderada.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 ----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: sí, 20 kg desde marzo hasta la actualidad (posteriormente el peso no continuó disminuyendo).----------

Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 22.04.2024: Proteínas (determinación cuantitativa): 1,69 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 23.04.2024: Hemoglobina: 137 g/L; eritrocitos: 4,64 × 10^{12}/L; leucocitos: 6,47 × 10^{9}/L; plaquetas: 233 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 23.04.2024: Proteínas totales: 63,30 g/L; creatinina: 114,20 µmol/L; urea: 6,20 mmol/L; potasio total: 4,30 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 23.04.2024: Densidad urinaria: 1021; pH: 6,0; proteínas: 2,55 g/L; leucocitos: 30 cél./µL; eritrocitos: 681 cél./µL; bacterias: 18 cél./µL.----------

Esofagogastroduodenoscopia (EGD) del 09.04.2024: Signos de gastritis crónica. No se observaron erosiones. Reflujo duodenogástrico.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------

Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida 800 mg, administrada en 6 infusiones desde el 21.09.2023 hasta el 17.01.2024.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------

2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos).----------

3. Limitar la actividad física. ----------

4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------

5. Control con el reumatólogo en julio de 2024, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea) y proteinuria de 24 horas.----

24.04.2024----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 37 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las

tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides

(GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Desde el 10.01.2024, la dosis de metilprednisolona se redujo a 12 mg/día, desde el 05.02.2024, a 8 mg/día. El tratamiento patogénico se completó en su totalidad. Se continuó reduciendo gradualmente la dosis de metilprednisolona y, desde el 11.03.2024, el medicamento fue suspendido. Tras la suspensión del tratamiento no se observaron exacerbaciones de la enfermedad.----------

Antecedentes patológico: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

Al momento del examen, el paciente no presenta quejas.----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 ----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 2.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, con fatigabilidad rápida----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: no----------

Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 27.07.2024: Proteínas (determinación cuantitativa): 0,69 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 28.07.2024: Hemoglobina: 135 g/L; eritrocitos: 4,84 × 10^{12}/L; leucocitos: 7,47 × 10^{9}/L; plaquetas: 253 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 28.07.2024: Proteínas totales: 61,30 g/L; creatinina: 112,20 µmol/L; urea: 6,40 mmol/L; potasio total: 4,20 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 28.07.2024: Densidad urinaria: 1019; pH: 6,5; proteínas: 1,55 g/L; leucocitos: 20 cél./µL; eritrocitos: 381 cél./µL; bacterias: 8 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------
Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida 800 mg, administrada en 6 infusiones, desde el 21.09.2023 hasta el 17.01.2024.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Limitar la actividad física. ----------
4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------
5. Control con el reumatólogo en octubre de 2024, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea) y proteinuria de 24 horas.----

29.07.2024----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

[Sello rectángulo:] Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú», Departamento Consultivo y de Diagnóstico C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16----------

Departamento de Salud de la ciudad de Moscú----------

Institución Presupuestaria Estatal de Salud de la ciudad de Moscú «Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú – Hospital N.º 52 del Departamento de Salud de la Ciudad de Moscú» (GBUZ «MKNITs Hospital N.º 52 DZM»)----------

C.P. 123181, Moscú, calle Pekhotnaia 3, bloque 16, Departamento Consultivo y de Diagnóstico, tel.: 8 (499) 1904305----------

Consulta con el reumatólogo Tkachenko S.N.----------

El paciente Zudov Vladimir Sergeevich, de 37 años (fecha de nacimiento: 20.04.1987), acudió al reumatólogo del Centro Clínico de Investigación Científica de Moscú Hospital 52 en marzo de 2023 con molestias de dolor articular, erupciones cutáneas en las pantorrillas y episodios de febrícula de hasta 37,3-37,5 °C por las tardes.----------

Desde febrero de 2023, tras haber padecido una infección respiratoria aguda, comenzó a presentar artralgias en las pequeñas articulaciones de las manos, en las rodillas y en los tobillos. Fue atendido por un médico generalista en un centro privado; el cuadro se diagnosticó como artropatía reactiva y se recomendó la toma de ibuprofeno. Tras la toma del fármaco refirió cierta mejora: disminución del síndrome articular. A principios de marzo de 2023 observó erupciones aisladas de carácter hemorrágico en las piernas y episodios de elevación de la temperatura corporal hasta 37,3-37,5 °C. Se automedicó con paracetamol, notando una mejora moderada de su estado. Después del 10.03.2023 observó la aparición de erupciones

en los pies, que se extendían hasta la mitad de las piernas, adquiriendo un carácter confluente. Acudió a consulta reumatológica, quien indicó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en caso de dolor articular intenso. Durante el tratamiento con AINE se observó una regresión del síndrome articular, de la fiebre y de las erupciones cutáneas, sin progresión de estas últimas. A finales de marzo de 2023 comenzó a presentar aumento de la debilidad, fatigabilidad marcada, dolor e inflamación de las articulaciones de los tobillos, febrícula de 37,2 °C todas las tardes y mayor extensión de las erupciones cutáneas en la región de ambas piernas. Refirió una pérdida de peso de 8 kg entre marzo y abril de 2023. A finales de abril de 2023, tras completar los estudios complementarios, se diagnosticó vasculitis hemorrágica; se recomendó la realización de una biopsia renal y el inicio de tratamiento con glucocorticoides. Durante el tratamiento con metilprednisolona se observó resolución del síndrome cutáneo, normalización de la temperatura corporal, disminución del dolor articular y, en los análisis de laboratorio, reducción de la proteinuria, la eritrocituria y la leucocituria. El paciente rechazó la biopsia renal propuesta. A finales de mayo de 2023 se inició la reducción gradual de la dosis de metilprednisolona hasta 16 mg/día. Desde el 20.08.2023 la dosis de glucocorticoides (GC) se redujo a 16 mg/día. En el contexto de la reducción de la dosis se observó la regresión completa de las erupciones cutáneas y del síndrome articular. Persisten la debilidad y la pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg). Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal, desaparición completa de las erupciones cutáneas; persisten debilidad moderada, fatigabilidad rápida y pérdida de peso. Debido a la progresión de la enfermedad, se añadió ciclofosfamida al tratamiento. Se administró la primera

infusión intravenosa el 21.09.2023, con buena tolerancia. El 14.10.2023 se administró la segunda infusión de ciclofosfamida (800 mg) y el 07.11.2023 la tercera infusión de ciclofosfamida, el 30.11.2023 la cuarta infusión y el 25.12.2023 la quinta infusión de ciclofosfamida. Durante el tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida, el paciente refiere mejoría del estado general: normalización de la temperatura corporal y regresión completa de las erupciones cutáneas. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Persisten debilidad moderada y fatigabilidad rápida. Desde el 10.01.2024, la dosis de metilprednisolona se redujo a 12 mg/día, desde el 05.02.2024, a 8 mg/día. El tratamiento patogénico se completó en su totalidad. Se continuó reduciendo gradualmente la dosis de metilprednisolona y, desde el 11.03.2024, el medicamento fue suspendido. Tras la suspensión del tratamiento no se observaron exacerbaciones de la enfermedad. A principios de septiembre de 2024 presentó una infección respiratoria viral aguda (IRVA): dolor de garganta, rinorrea y elevación de la temperatura corporal hasta 37,5 °C. Recibió tratamiento con paracetamol y terapia antiviral. No se observaron exacerbaciones de la enfermedad de base.----------

-**Antecedentes patológico**: Tiroiditis autoinmune crónica *[TAC / AIT]*, nódulos en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.----------

Antecedentes hereditarios: Padre: cáncer de estómago.----------

Intervenciones quirúrgicas y traumatismos: Sin antecedentes.----------

Antecedentes alergológicos: No refiere.----------

Al momento del examen, el paciente refiere debilidad moderada----------

Examen objetivo: Estado general satisfactorio. Estatura: 187 cm, peso: 100 kg (anteriormente, 120 kg).----------

Se desplaza sin ayuda.----------

Rigidez matutina: no ----------

Índice de articulaciones dolorosas (PS, 28): 0 ----------

Índice de articulaciones tumefactas (BS, 28): 0.----------

EVA (Escala Visual Analógica del dolor): 1.----------

***Manifestaciones constitucionales:----------

Debilidad general: sí, fatigabilidad rápida ocasional.----------

Elevación no justificada de la temperatura corporal: no----------

Pérdida de peso no justificada: no----------

Piel:----------

Fotosensibilidad: la niega.----------

Erupción cutánea: no ----------

Proteinuria de 24 horas del 04.10.2024: Proteínas (determinación cuantitativa): 0,89 g/24 h (0–0,12).----------

En el análisis de sangre del 05.10.2024: Hemoglobina: 137 g/L; eritrocitos: 4,94 × 10^{12}/L; leucocitos: 9,47 × 10^{9}/L; plaquetas: 283 × 10^{9}/L.----------

En el análisis bioquímico de sangre del 05.10.2024: Proteínas totales: 59,30 g/L; creatinina: 116,20 µmol/L; urea: 7,40 mmol/L; potasio total: 4,30 mmol/L.----------

En el análisis de orina del 05.10.2024: Densidad urinaria: 1021; pH: 6,0; proteínas: 1,75 g/L; leucocitos: 28 cél./µL; eritrocitos: 361 cél./µL; bacterias: 18 cél./µL.----------

Conclusión: Vasculitis hemorrágica con compromiso de: piel (angiítis dérmica polimorfa); articulaciones (artritis); tracto gastrointestinal (gastropatía erosiva y

lesión erosivo-ulcerosa del duodeno); riñones (sin verificación morfológica).----------
Complicaciones: Síndrome nefrítico. Lesión renal aguda (LRA), estadio I según KDIGO. Tasa de filtración glomerular estimada (fórmula CKD-EPI): 65 mL/min/1,73 m². Bajo tratamiento patogénico con glucocorticoides, incluyendo dosis muy altas (dosis acumulada de metilprednisolona: 1500 mg, por vía oral desde el 25.04.2023) y ciclofosfamida 800 mg, administrada en 6 infusiones desde el 21.09.2023 hasta el 17.01.2024.----------

Se recomienda:----------

1. Cumplir una dieta estricta sin sal, con restricción de proteínas a 0,8 g/kg/día, de hidratos de carbono de rápida absorción y de alimentos ricos en purinas y potasio. ----------
2. Evitar la administración de medicamentos nefrotóxicos (AINE y antibióticos del grupo de los aminoglucósidos). ----------
3. Limitar la actividad física. ----------
4. Tratamiento nefroprotector: Losartán 50 mg, 2 veces al día (mañana y noche), bajo control de la presión arterial. ----------
5. Control con el reumatólogo en enero-febrero de 2025, con análisis general de orina, análisis bioquímico de sangre (creatinina, urea) y proteinuria de 24 horas.----------

07.10.2024----------

[Sello:] Tkachenko Svetlana Nikolaevna * Medica ----------

/firma manuscrita/ S.N. Tkachenko----------

ES TRADUCCIÓN FIEL al idioma español del documento que adjunto redactado en idioma ruso en sus partes pertinentes que he tenido a la vista y al cual me remito. La presente traducción consta de 76 (setenta y seis) páginas y la firmo en la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, el dieciséis de julio de dos mil veintiséis. Firmado digitalmente por Popova Elena, traductora pública en ruso, matrícula T° XXIV F° 242 CABA, Inscripción N.º 9827 Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.----------

Verificar en https://pki.jgm.gov.ar/app/CertificateAuthority/CertificatePublicKeyRequest.aspx----------

POPOV
A Elena

Firmado digitalmente por POPOVA Elena
Fecha: 2026.07.16 15:52:06 -03'00'

COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

República Argentina
Ley 20305

LEGALIZACIÓN

El COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, en virtud de la facultad que le confiere el artículo 10 inc. d) de la Ley 20305, certifica que el/la Traductor/a Público/a **POPOVA, ELENA**

cuya firma digital consta en la traducción pública adjunta, se encuentra matriculado/a en esta institución en el idioma **RUSO [TOMO 24 - FOLIO 242]**

Asimismo, se deja constancia de que el/la profesional está habilitado/a por esta institución para firmar documentos en su calidad de Traductor/a Público/a.

Firmado digitalmente por: **MILIONE, DANIEL MATÍAS**

Identificador de legalización: **98271784228086185845037 56a5928f649076**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, **16/07/2026**

Departamento de Legalizaciones
Firma de Traductor Legalizada

Firmado digitalmente por MILIONE Daniel Matias
Fecha: 2026.07.16 16:10:07 -03'00'

Legalización firmada digitalmente conforme a la Ley 25506, a la Ley 2751 y sus reglamentaciones complementarias.

Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires

ESTA LEGALIZACIÓN NO IMPLICA JUICIO ALGUNO SOBRE EL CONTENIDO DE LA TRADUCCIÓN PÚBLICA Y SERÁ VÁLIDA ÚNICAMENTE SI ESTÁ FIRMADA DIGITALMENTE POR LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL CTPCBA.

Para verificar documentos digitales, ingrese a:
https://firmar.gob.ar/validar.html
Para saber cómo visualizar la totalidad de los documentos embebidos en este archivo .pdf, ingrese a:
https://www.traductores.org.ar/matriculados/firma-digital/
Para verificar la validez de esta legalización, ingrese a:
https://www.traductores.org.ar/publico/como-verifico-una-legalizacion-digital/

Colegio de Traductores Públicos
de la Ciudad de Buenos Aires

By virtue of the authority vested in the COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Buenos Aires Sworn Translators Association), by Argentine law No. 20305 section 10(d), I hereby CERTIFY that the Certified Translator whose digital signature is affixed on the document attached hereto is registered with this Association. This certification does not imply any opinion on the contents of the translation and will be valid only if digitally signed by the duly authorized signatory of the CTPCBA.

Vu par le COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Ordre des Traducteurs Officiels de la ville de Buenos Aires), en vertu des attributions qui lui ont été accordées par l'article 10, alinéa d) de la Loi n° 20305, CERTIFIE que le Traducteur/Traductrice Officiel/le, dont la signature numérique est apposée sur le document ci-joint, est inscrit/e à cette Institution. Cette légalisation n'implique aucun avis sur le contenu de la traduction et ne sera pas valable sans la signature numérique du fonctionnaire habilité par le CTPCBA.

Il COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Ordine dei Traduttori abilitati della Citta di Buenos Aires) , in virtù delle facoltà conferite dall'articolo 10, lettera d) della legge 20.305, CERTIFICA che la Traduttrice Giurata/il Traduttore Giurato, la cui firma digitale si riporta sul documento allegato, è registrata/o presso questo Ente. Questa legalizzazione non prevede alcun giudizio sul contenuto della traduzione e non sarà valida senza la relativa firma digitale del funzionario autorizzato dal CTPCBA.

Por meio desta legalização, o COLEGIO DE TRADUCTORES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Colégio dos Tradutores Públicos da Cidade de Buenos Aires), no uso de suas atribuições e em conformidade com o artigo 10, alínea "d", da Lei 20.305, CERTIFICA que a Tradutora Pública/o Tradutor Público cuja assinatura digital consta no documento anexo, está inscrita/o nesta instituição. Este reconhecimento não diz respeito ao conteúdo da tradução e não será válido sem a assinatura digital correspondente ao funcionário habilitado pelo CTPCBA.

COLEGIO DE TRADUCTORES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CTPCBA) (Kammer der vereidigten Übersetzerinnen und Übersetzer der Stadt Buenos Aires). Kraft der Befugnisse, die ihr gem. Art. 10 Abs. d) des Gesetzes Nr. 20.305 zustehen, bescheinigt diese Kammer hiermit lediglich, dass die vereidigte Übersetzerin bzw. der vereidigte Übersetzer, deren/dessen digitale Signatur auf vorstehend beigefügter Urkunde gesetzt ist, dieser Berufskammer angehört. Diese Beglaubigung bezieht sich nicht auf den Inhalt der Übersetzung und ist nur mit der entsprechenden digitalen Signatur der bzw. des von der CTPCBA ermächtigten Bestätigungsbefugten gültig.

Migraciones

CERTIFICADO DE RESIDENCIA PRECARIA
TRAMITE DE PERMANENCIA ART. 74 Y CC DE LA LEY 25.871



Nro Expediente: **196712025** Fecha Inicio: **19-02-2025**

CUIM: **28 - 14804579 - 8**

Apellidos: **ZUDOV**

Nombres: **VLADIMIR**

Nacionalidad: **RUSA**

Genero: **MASCULINO**

Nro. Documento: **756609581** Tipo: **PASAPORTE**

Fecha de Nacimiento: **20-04-1987**

Domicilio: **CNEL DIAZ 1860 1° 6**

Localidad: **PALERMO** Provincia: **CIUDAD AUTONOMA DE BS AS**

Solicita: **PERMANENTE**

Motivo: **ARTICULO 74 Y CC - TITULO IV DE LA LEY 25.871**

La persona titular del presente certificado presento recurso (Art. 74 y cc. de la Ley 25.871). Conforme el articulo 20 de la Ley 25.871, queda habilitado para alojarse, estudiar, salir y entrar del/al Territorio Nacional desde el **15-07-2026** y hasta el **13-10-2026**

SI se encuentra habilitada para desempeñar tareas remuneradas. La presente carece de valor legal si no se acompaña el Documento de Identidad consignado.

El presente certificado, si correspondiere, deberá renovarse a su vencimiento ante la autoridad migratoria con jurisdicción en el lugar del domicilio de su titular.

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE TRAMITE PARA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD BOLETA PRENUMERADA Nº: 67340105105153471506000006

CERTIFICO QUE EL SOLICITANTE HA INICIADO ANTE ESTE ORGANISMO LAS FORMALI

PARA TRAMITAR: EJEMPLAR DNI

ESTE DOCUMENTO FUE EMITIDO POR LA DIRECCION NACIONAL DE MIGRACIONES Y FIRMADO DIGITALMENTE POR EL FUNCIONARIO DIEGO FERNANDO IGLESIAS CON FECHA 15-07-2026.

Signature Not Verified
Digitally signed by ANDREI TCHESTNYKH
Date: 2026.08.10 18:42:55 ART