



Митичкин М. С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шелихов В. Г.

Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

Актуальность. Поражения легких вследствие АНЦА-ассоциированных васкулитов (микроскопический полиангиит, гранулематоз Вегенера, синдром Чарджа-Стросса) встречаются редко, но имеют неблагоприятный прогноз. Продолжительность жизни пациента определяется ранней диагностикой и тактикой лечения.

Цель: проанализировать клинический случай ранней диагностики гранулематоза с полиангиитом (Вегенера).

Материалы и методы. История болезни курируемой мною больной В., находившейся в пульмонологическом отделении областной клинической больницы скорой медицинской помощи с диагнозом гранулематоз с полиангиитом (Вегенера).

Результаты и обсуждение. Пациентка В. 60 л. обратилась с жалобами на фебрильную лихорадку, приступообразный сухой кашель до рвоты которые беспокоили ее в течение 10 дней, появление подкожных узелковых образований на наружной поверхности бедер. Амбулаторное лечение с применением антибиотиков, было неэффективно. Р-логически слева, в переднем сегменте верхней доли легкого, инфильтрация, сливающаяся с корнем, по междолевой щели следы жидкости. ОАК: Нб - 101 г/л; L - $15 \cdot 10^9$ /л без изменений в лейкоцитарной формуле, СОЭ - 50 мм/час. ОАМ без патологии. МСКТ-ОГК - выявлены участки инфильтрации в S3, S6 левого легкого, преимущественно в прикорневых отделах, фокус инфильтрации и в верхушке справа. Учитывая упорно сохраняющуюся инфильтрацию, лихорадку на фоне интенсивной антибактериальной терапии и появление подкожных образований было заподозрено течение гранулематоза с полиангиитом, который был подтвержден гистологически по результатам биопсии подкожного образования. При проведении дифференциальной диагностики против микроскопического полиангиита были: отсутствие клинических и лабораторный признаков поражения почек, отсутствие признаков гранулематозного воспаления при биопсии. Против синдрома Чарджа-Стросса - отсутствие признаков бронхиальной астмы (даже, если у больной кашлевой вариант астмы, что бывает крайне редко, между приступами кашля должен быть светлый промежуток, чего у нашей больной не было). Кроме того отсутствовал аллергический анамнез, лекарственная непереносимость, в периферической крови не отмечалось повышения эозинофилов, а при биопсии не было эозинофильных инфильтратов. Таким образом в пользу гранулематоза с полиангиитом кроме поражения легочной ткани были данные биопсии: в фиброзно-жировой ткани признаки продуктивно-деструктивного васкулита с продуктивным, микродеструктивным (гранулематозным) воспалением перифокально, наличие антител к АНЦА, антител к IgG, к протеиназе 3. Морфологическая картина укладывается в некротизирующий васкулит с гранулематозом (синдром Вегенера). Пациентка после консультации ревматолога была переведена в отделение ревматологии областной больницы.

Выводы: таким образом, учитывая клинические проявления: наличие лихорадки, инфильтративное поражение легких, поражение кожи, гистологическую картину гранулематозного воспаления с полиангиитом был установлен диагноз: гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) с поражением легких и кожи.