



Ботабекова А.К.

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-201-3-44

УДК 616.992:616.72-002

ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИТОМ (клинический случай из практики)

А.К. БОТАБЕКОВА <https://orcid.org/0000-0001-7407-5505>,
Г.Н. ДОСЫБАЕВА

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

На практике существуют трудности по своевременной диагностике системных васкулитов, в том числе гранулематоза с полиангиитом (болезни Вегенера). Часто врач опирается на данные клинического осмотра, определив системность клинических проявлений. Данный клинический случай демонстрирует многогранность клинической картины микроскопического полиангиита, указывает на значимость своевременной диагностики и трудности верификации данного диагноза.

Больной Д., 1983 г.р., работник банка с часто возникающими стрессовыми ситуациями, в ноябре 2017 года стал отмечать покраснения правого глаза, связывая эти жалобы с работой за компьютером, обратился к офтальмологу, которым было дано заключение: Миопия слабой степени DS, незрелая заднекапсулярная катаракта правого глаза. Отек нейросетчатки. Весной 2018 года пациент обращается к лор-врачу в связи с появлением болячек на слизистой носа, процесс заживления затянулся на 2-3 месяца. Уже в августе этого же года пациент отметил появление онемения половины лица с правой стороны. Больному пришлось обратиться к невропатологу, который при установлении диагноза: Невропатия лицевого нерва провел противовоспалительную терапию. Чувствительность лица была восстановлена. Однако, спустя 20 дней пациент почувствовал онемение в нижних конечностях, резкую слабость, повышение температуры до 38°C. В связи с этим пациент обращается за помощью к врачам ближнего зарубежья. Пройдя диагностику и консультацию невропатолога, был выставлен диагноз: Рассеянный склероз. Эффект от лечения не наступал, жалобы нарастали, пациент обратился за стационарной помощью в отделение неврологии, где был снят диагноз: Рассеянный склероз. Проконсультирован ревматологом, который выставил предварительный диагноз: Недифференцированный васкулит. После выписки из стационара пациент обратился в ТОО «МЦБСГШ», где был проведен ряд диагностических обследований. На момент осмотра состояние пациента относительно удовлетворительное, на ладонях с обеих сторон в местах межпальцевого пространства между 5 и 4 пальцами отмечается изъязвления размером с «горошину», без зуда и кровоточивости. На лице отмечается изменение формы носа в виде «седловидного», носовая перегородка с прогибом. Из лабораторных данных по ОАК определялось повышение СОЭ до 41 мм/ч, лейкоцитоз до $14,0 \times 10^9/\text{л}$ и снижение гемоглобина до 116 г/л. В ОАМ умеренная лейкоцитурия и микрогематурия, протеинурия до 0,5 г/л. По биохимическим показателям крови отмечалось повышение АЛТ до 40 Ед/л при

нормальном показателе общего билирубина, показатели холестерина общего повышены до 6,05 ммоль/л. Антитела к одно- и двухспиральной ДНК (ds ДНК IgG, ss ДНК IgG) отрицательны. Анализ на LE-клетки отрицателен. Реакция Райта-Хеддельсона отрицательна. Данные иммунологического исследования методом непрямой иммунофлюоресценции показали положительный результат пАНЦА - 1:80, однако АНФ титр 1:80 и цАНЦА - 1:20 - отрицательно.

По результатам инструментального обследования выявлен на рентгенографии органов грудной клетки пневмонит. На ультразвуковом исследовании коленных суставов определяются артроз и минимальный синовит по наружному завороту справа.

На основании вышеприведенных результатов, согласно диагностическим критериям, пациенту поставлен диагноз гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера), впервые выявленный, подострое течение, генерализованная форма с поражением верхних дыхательных путей (язвенно-некротический ринит), легких (пневмонит), почек (гломерулонефрит, макрогематурия, протеинурия), глаз, кожи (единичные язвенно-некротические микроочаги), нервной системы (симметричная полинейропатия), суставов (олигоартрит), конституциональный синдром. Активность III ст. Иммунологические показатели: пАНЦА (+).

Больному была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в сочетании с инфузионной терапией циклофосфаном, а также антикоагулянтная, противовоспалительная и вазодилатирующая терапии.

В связи с объективным улучшением состояния пациент был выписан под наблюдение ревматолога по месту жительства с рекомендациями о проведении инфузионной терапии кратностью раз в 4 недели, гормональное лечение метипредом в дозе 4 таблетки в сутки.

Таким образом, следует отметить, что диагностика гранулематоза Вегенера в данном случае была затруднена ввиду редкости заболевания, полиорганности патологии, отсутствия специфических признаков в дебюте заболевания, что потребовало проведения дифференциального диагноза между онкопатологией, инфекционными заболеваниями, другими системными васкулитами.

Контакты: Ботабекова Алия К., Медицинский центр болезней суставов города Шымкент, г. Шымкент, Енбекшинский р-н, ул. Тимирязева (Сасбукаева) 32 «А», индекс 160013, e-mail: aliyarusel@mail.ru

Contacts: Aliya K Botabekova, Medical Center for Joint Diseases of the City of Shymkent, Enbekshinsky district, st. Timiryazeva (Sasbukaeva) 32 "A", index 160013, e-mail: aliyarusel@mail.ru