ID: 2012-2-8-A-1500 Клинический случай

Попова Н.А.

Трудности лечения гранулематоза Вегенера (клиническое наблюдение)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Ключевые слова: гранулематоз Вегенера.

Гранулематоз Вегенера (ГВ) - некротизирующий системный васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего диаметра, ассоциирующийся с гранулематозным воспалением в различных отделах респираторного тракта. Современная иммуносупрессивная терапия, используемая при ГВ, включает в себя высокие дозы глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов. Наличие рецидивирующего гнойного синусита является диагностическим критерием ГВ и показанием к иммуносупрессивной терапии. Вместе с тем, активное подавление иммунитета способствует генерализации инфекции и затрудняет лечение больного. Иллюстрацией этого служит представляемое клиническое наблюдение.

Пациентка К.,39 лет, наблюдается в отделении ревматологии ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова с августа 2010 года с диагнозом: «Гранулематоз Вегенера».

Из анамнеза известно, что с 34-летноего возраста по поводу рецидивирующего гайморита самостоятельно принимала анитибиотики, к врачу не обращалась. В октябре 2009 года на фоне обострения гайморита произошла деструкция носовой перегородки, сформировалась «седловидная» деформация носа. В январе-феврале 2010 года - двусторонний отит, осложнившийся резким снижением слуха, паротит, лихорадка до 39-40 ^{0}С, лимфаденит, ускорение СОЭ до 49 мм/час, анемия. Пациентка обследована в оториноларингологическом отделении, выставлен диагноз: «Гранулематоз Вегенера». Проводилась антибактериальная терапия (цефалоспорины, имипенемы), вскрытие и дренирование области околоушных желез, санация слуховых ходов и полости носа. В связи с высокой активностью ГВ с марта 2010 года был назначен преднизолон в дозе 1 мг на 1 кг массы тела с положительным эффектом: уменьшились выделения из носа, ушей, улучшился слух, нормализовалась температура тела. В мае 2010 года на фоне снижения дозы преднизолона до 30 мг в сутки возобновились гнойно-геморрагические выделения из носа, ушей, лихорадка с ознобом, лейкоцитоз, выявлены инфильтративные изменения в левом легком, спленомегалия, подтверждены двусторонний гнойный паротит и пансинусит. Состояние расценено как сочетание высокой активности ГВ и сепсиса. Проводилась массивная антибактериальная терапия, доза преднизолона увеличена до 60 мг в сутки, на фоне чего нормализовалась температура, разрешились гнойный паротит, инфильтрация в левом легком, уменьшились выделения из носа. При компьютерной томографии в августе 2010 года выявлены деструктивные изменения в костях черепа (нарушение воздухоносности гайморовых, основной, лобных пазух, ячеек решетчатого лабиринта; деструкция медиальных стенок обеих орбит, левой половины решетчатой кости, носовой перегородки, спинки носа, левых отделов лобной пазухи и основной кости). В мазке на флору из носовых ходов высеян золотистый стафилококк, чувствительный к ванкомицину. Начата антибактериальая терапия, продолжен прием преднизолона в дозе 10 мг в сутки. В сентябре-октябре 2010 года у больной возник птоз верхнего века, прогрессировало снижение слух. Доза преднизолона увеличена до 20 мг в сутки, назначен метотрексат 7,5 мг в неделю. В ноябре 2010 г. рецидивировал левосторонний паротит, осложнившийся образованием свища в области левой околоушной железы с гнойным отделяемым, гнойный отит, гнойное отделяемое из правого глаза, появление продуктивного кашля с отхождением слизистой мокроты, фебрильная лихорадка. Хирургом отделения челюстно-лицевой хирургии произведено вскрытие и дренирование левой околоушной железы, назначена антибактериальная терапия (ципрофлоксацин и бисептол) с положительным эффектом. С декабря 2010 года возобновлен прием метотрексата 10 мг в неделю, с февраля 2011 г начато снижение дозы преднизолона до 10 мг в сутки. При попытке увеличения дозы метотрексата рецидивирует гнойный синусит

В настоящее время на фоне терапии преднизолона 10 мг в сутки и метотрексата 10 мг в неделю состояние стабильное, температура тела нормальная, нет выделений из носа, беспокоит редкий сухой кашель. При компьютерной томографии костей черепа и легких в динамике отмечается увеличение объема деструктивных изменений в костях черепа, имеются инфильтративные изменения в легких, что может быть связано с недостаточной дозой цитостатических препаратов.

Основным методом лечения ГВ является комбинированная иммуносупрессивная терапия. Трудности в лечении ГВ связанны с высокой частотой развития рецидивов и присоединением инфекционных и не инфекционных осложнений. В данной ситуации возникает необходимость сочетания высоких доз гормонов и цитостатических препаратов с повторными курсами антибактериальной терапии, назначаемой с учетом чувствительности к антибиотикам. Согласно данным литературы, перспективным направлением лечения ГВ в случае недостаточной эффективности предшествующей терапии является назначение генно – инженерных биологических препаратов (ритуксимаб).

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012