

ID: 2019-08-8-T-19011

Тезис

Боеску Т.М., Зырянов Е.Г.

АНЦА-ассоциированный васкулит: особенности течения и трудности диагностики*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н. Волошинова Е.В.*

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит (БПГН) – ургентная нефрологическая ситуация с развитием быстро прогрессирующей почечной недостаточности. Более 60% случаев БПГН ассоциировано с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА). Поздняя диагностика и несвоевременно начатая терапия приводят к быстрой утрате почечных функций.

В нефрологическое отделение Областной клинической больницы (г. Саратов) в октябре 2018 г. поступил пациент З., 52 лет, с жалобами на отеки ног, повышение АД до 160 и 100 мм рт. ст., общую слабость. В сентябре 2017 г. отмечались эпизоды фебрильной лихорадки. В стационаре по месту жительства при компьютерной томографии (КТ) легких выявлены изменения, расцененные как бронхоэктатическая болезнь. Выявленная протеинурия до 3 г/л трактовки не получила. Антибактериальная терапия с эффектом. Наблюдался по поводу бронхоэктатической болезни, в связи с повышением креатинина крови до 412 мкмоль/л направлен в нефрологическое отделение. При поступлении состояние средней тяжести. АД 150 и 90 мм рт. ст. Дыхание жесткое с обеих сторон, хрипов нет. КТ легких: интерстициальные изменения в правом легком; фиброателектаз нижней доли. Наличие легочно-почечного синдрома требовало исключения системного заболевания. По результатам нефробиопсии выявлен малоиммунный экстракапиллярный гломерулонефрит с 88% клеточных и фиброзно-клеточных полулуний, что типично для АНЦА – ассоциированного поражения. В крови выявлены аутоантител к миелопероксидазе, выставлен диагноз: ANCA- васкулит с поражением почек и легких. Проведена пульс-терапия преднизолоном 1000 мг с последующим приемом 60 мг в сутки, пульс-терапия циклофосфамидом 800 мг. Через 3 недели отмечено ухудшение состояния больного: лихорадка до 38°C, боль в грудной клетке, одышка смешанного характера, кашель с розовой мокротой. ЭКГ: подъем ST в V2, III, AVF. На ЭХО КГ - гипокинезия переднее - перегородочной стенки. Рентгенологически двусторонние интерстициальные изменения, правосторонняя полисегментарная пневмония. В течение суток при явлениях нарастающей гипотонии, левожелудочковой недостаточности, дыхательной недостаточности, анурии, наступила смерть больного. По результатам аутопсии выявлен легочный некротизирующий васкулит с развитием правосторонней полисегментарной пневмонии, присоединением грибковой инфекции, экстракапиллярный ГН с исходом в нефросклероз, кардиосклероз. Причиной смерти явилось развитие тяжелой пневмонии на фоне иммуносупрессии и почечной недостаточности.

Описанный клинический случай демонстрирует важность ранней диагностики и своевременно начатой терапии при АНЦА - васкулите, что может сохранить функцию почек и предотвратить развитие фатальных осложнений.

Ключевые слова: АНЦА-ассоциированный васкулит