

ID: 2023-03-26-T-19731

Тезис

Фролова А.А.

### Особенности течения гранулематоза с полиангиитом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н. Александрова О.Л.

**Актуальность.** Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) – гранулематозный васкулит мелких и средних сосудов с некротизирующим воспалением верхних дыхательных путей (ВДП), легких, почек.

**Описание клинического случая.** Больная С., 1979 г.р. С февраля 2019 года стала отмечать появление болей, припухлости в суставах, которые уменьшались на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В мае появились боли в верхних отделах живота, в левом подреберье, расцененные первоначально как проявление панкреатита. В июне резкое ухудшение самочувствия: фебрильная температура, усиление болей во всех отделах живота, появление рвоты, стула "вишневого" цвета, снижение гемоглобина до 50 г/л. Был выставлен диагноз острого панкреатита, гастро- и энтеропатии на фоне приема НПВП. Госпитализирована в реанимационное отделение; где проводилась инфузионная терапия, переливание свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы, прием блокаторов протонной помпы. На фоне лечения состояние на короткое время улучшилось: купировано кишечное кровотечение, повысился уровень гемоглобина до 74 г/л. Через месяц вновь наступило ухудшение: нарастание общей слабости, увеличение СРБ до 18,0 мг/л, появление геморрагической сыпи на конечностях. С учетом артрита в дебюте заболевания, геморрагических высыпаний, поражения кишечника в ревматологическом отделении ОКБ был выставлен диагноз геморрагического васкулита, назначен преднизолон (ПР) 30 мг/день с хорошим эффектом. Через 2 недели из-за появления гематурии, одышки, увеличения СРБ до 24 мг/л было проведено дополнительное обследование для уточнения природы васкулита. В связи с обнаружением положительных антинуклеарных цитоплазматических антител (АНЦА) к протеиназе-3, гранулематозного воспаления при биопсии носа, интерстициальных изменений в легких при компьютерной томографии был выставлен диагноз ГПА. На фоне применения ПР 60 мг/день внутрь, ПР и циклофосфида 1000 мг 1 раз в месяц в виде пульс-терапии в течение 6 месяцев с дальнейшим переходом на прием ПР в дозе 10 мг/день, азатиоприна 75-100 мг/день состояние больной стабилизировалось, рецидивы заболевания отмечались редко.

**Выводы.** Проявления ГПА в дебюте заболевания могут быть разнообразными. Применение оптимальных доз ПР и цитостатиков позволяют добиться стабилизации патологического процесса.

**Ключевые слова:** гранулематоз с полиангиитом, АНЦА