

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА

К. И. Епихова, О. С. Матвеевко, Ю. А. Шаповалова, С. В. Школовой

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

Цель исследования: поделиться клиническим наблюдением трудности дифференциальной диагностики поражения легких при гранулематозе с полиангиитом (Вегенера - ГВ).

Материалы и методы: история болезни больного О., находившегося в ревматологическом отделении ГБУЗ Тверской области ОКБ (зав. отделением О.В. Жирнова). Изучены данные клинического и биохимического анализов крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, КТ грудной клетки, исследования интраоперационного биопсийного материала.

Результаты: пациент считает себя больным с 08.2015 г., когда отметил появление малопродуктивного кашля, заложенности носа и ушей, фебрильную лихорадку. Лечение у ЛОР-врача - без эффекта. На ФЛГ обнаружены очаговые тени до 5 см в верхней доле слева, 2 см в правом легком, внутригрудная лимфаденопатия. По данным КТ ОГК от 22.09.15., заподозрен периферический рак левого легкого с метастазами в л/у средостения, в связи с чем пациенту в хирургическом отделении ОКБ была проведена верхняя лобэктомия слева и резекция S6 нижней доли левого легкого. Однако по результатам гистологического исследования, данных за онкопроцесс получено не было, два узла в легком оказались представлены участками гранулематозного воспаления, в составе инфильтрата присутствовали фибробласты, лимфоциты, гранулоциты, определялось обилие гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса с единичными фокусами некрозов (нельзя исключить казеозный некроз). В октябре 2015 г. в связи с подозрением на туберкулез пациент был переведен в ФТО № 4 ОПТД. К клинической симптоматике добавились геморрагическая сыпь, значительное похудание и одышка при незначительных нагрузках. По данным рентгенографии, наблюдалась отрицательная динамика в виде левостороннего плеврита. В крови СОЭ повысилась до 55 мм/час, лейкоцитоз вырос до $15,0 \times 10^9$, а гемоглобин снизился до 104 г/л. В моче стала регистрироваться лейкоцитурия и эритроцитурия до 30 в поле зрения. Больной получал терапию - изониазид, левофлоксацин, пиразинамид, амикацин. Эффекта от лечения не получено, при этом в мокроте и моче МБТ не найдены, диаскин-тест отрицательный.

03.12.15. врачебная комиссия поставила под сомнение диагноз туберкулеза, заподозрен ГВ. Пациент был направлен на консультацию в клинику им. Тареева, где у больного были обнаружены АТ к PR-3 (антитела к протеиназе-3) в концентрации 112,32 ед/мл (при норме от 0 до 5,0). Был выставлен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера), АНЦА-позитивный (АТ к протеиназе-3), высокой степени активности, с поражением легких (очаги инфильтрации, пластинчатый фиброз, гидроторакс слева), почек (мочевой синдром с сохранной функцией), ЛОР-органов (двусторонний средний отит, геморрагический ринит), кожи (геморрагическая сыпь), суставов (артралгии), с лихорадочным синдромом.

В октябре 2017 г. поступил в ревматологическое отделение ОКБ г. Твери. Жалобы при поступлении: периодические головные боли, чувство заложенности в ушах, одышка при подъеме более 2 этажа, при ускорении темпа ходьбы, высыпания на коже, боли в пальцах кистей, в плечевых суставах. Кашель, кровохарканье, заложенность носа не беспокоят. Проводилось лечение: преднизолон, метотрексат, фолиевая кислота. Отчетливая медикаментозная ремиссия васкулита у пациента была достигнута после включения в схему лечения генноинженерного препарата ритуксимаба. После выписки предписано в течение 2 лет продолжать поддерживающую терапию ритуксимабом по 500 мг каждые 6-8 месяцев и продолжить прием преднизолона и метотрексата с фолиевой кислотой.

Заключение: на примере данного наблюдения продемонстрированы сложности, которые могут возникать у врачей разных специальностей, в том числе у торакальных хирургов при васкулитном генезе объемных процессов в легких. Подобные трудности могут встретиться у ЛОР-врачей, а также у терапевтов при трактовке генеза кожной симптоматики и поражений паренхиматозных органов.