

Клинический случай узелкового полиартериита у ребенка раннего возраста

Case report of polyarteritis nodosa in a young child

Теремова Софья Алексеевна, Самусева Ольга Романовна, Егорская Екатерина Тимофеевна

Научные руководители: Шуткова Алла Юрьевна, к.м.н., доцент; Туш Елена Валерьевна, к.м.н., доцент, ГБУЗ НО «ДГКБ №1», ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Узелковый полиартериит (УП) — системное иммунокомплексное заболевание, протекающее с поражением артерий мелкого и среднего калибра с развитием деструктивно-пролиферативного васкулита и ишемией органов-мишеней. У детей УП — редкое заболевание. Поздняя диагностика УП приводит к инвалидизации пациента и смертельному исходу.

Цель. Представить клинико-диагностический поиск при УП у ребенка раннего возраста.

Клинический случай. Девочка А., 3,5 лет, обследована в Детской городской клинической больнице № 1 (ДГКБ № 1). Дебют заболевания в 3 года с фебрильной лихорадки, снижения аппетита, вялости, потери массы тела. Клинико-рентгенологически: левосторонняя пневмония, экссудативный плеврит, перикардит. В связи с наличием иммуноглобулинов G к новой коронавирусной инфекции (НКИ) выставлен диагноз: мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с НКИ. Лабораторно исключены первичный иммунодефицит, туберкулез. На фоне терапии (антибиотики (АБ), диуретики, системные глюкокортикостероиды (СГКС), антикоагулянты) — временное улучшение. При отмене СГКС вновь фебрильная лихорадка, потеря массы тела, слабость, миалгии, протеинурия, появление сосудистого ливеда, одышка. При поступлении в ДГКБ № 1 состояние тяжелое. Объективно: на коже участки пигментации. В легких: укорочение легочного звука слева спереди и справа под лопаткой, ослабление дыхания слева в нижних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы. Гепатоспленомегалия. Лабораторно: легкая анемия (гемоглобин — 93 г/л), тромбоцитоз — до $706 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз — до $18 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез — 69%, повышение лактатдегидрогеназы (1266 Ед/л), С-реактивного белка (167 мг/л), прокальцитонина (5,7 нг/мл), СОЭ (48 мм/ч),

D-димера (9000 мг/л), фибриногена (4,7 г/л), дисгаммаглобулинемия. Компьютерная томография легких: участки уплотнения в верхней и нижней долях левого легкого, экссудативный плеврит. С учетом полисиндромности поражения, наличия маркеров системного воспаления, гиперкоагуляции заподозрен системный васкулит.

Обсуждение. По данным иммуноферментного анализа крови, полимеразной цепной реакции, посевов сред исключен активный инфекционный процесс (герпесвирусы, ВИЧ, гепатиты, бактериальные инфекции). По результатам иммуноблота исключены заболевания соединительной ткани. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга и брюшной полости, нормального значения онкомаркеров, биопсии лимфоузлов, костномозговой пункции исключены опухолевые и лимфопролиферативные процессы. На 10-й день госпитализации присоединились суставной синдром, асцит, сохранялись фебрильная лихорадка, интоксикация. С учетом отсутствия антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) исключены АНЦА-ассоциированные васкулиты. На основании клиники и данных обследований у ребенка выставлен диагноз: системный васкулит — УП, высокой степени активности. Ребенок получал АБ, антикоагулянты. Пациентка обследована в Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей (г. Москва), где диагноз УП был подтвержден. На фоне генно-инженерной терапии ингибитором фактора некроза опухоли альфа (TNF- α) отмечена стабилизация состояния.

Закключение. В данном клиническом случае показана трудность диагностического поиска при УП. Имели место поздняя диагностика, отсроченное начало специфической терапии заболевания. Ребенку показано продолжение терапии ингибитором TNF- α , иммуносупрессивной, антикоагулянтной терапии.