



Терапия
УДК – 616.13.002
<https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-131-132>

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Н. А. КОКУРИНА

Чувашский государственный университет,
Чебоксары, Россия

Поступила в редакцию 26.12.25; принята к публикации 1.04.26

Ключевые слова: васкулит, гранулематоз, нефробиопсия, поздняя диагностика

Для цитирования: Кокурина Н. А. Трудности диагностики гранулематоза с полиангиитом: описание клинического случая. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. 2026;105(1):131–132. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-131-132>.

* **Автор для переписки:** Ксения Алексеевна Кокурина, Чувашский государственный университет, 428003, Россия, Чебоксары, Московский просп., 15. E-mail: kusiakokurina@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0060-3604>.

Therapy

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS: A CLINICAL CASE REPORT

KSENIA A. KOKURINA

Chuvash State University,
Cheboksary, Russia

The article was submitted 26.12.25; accepted for publication 1.04.26

Keywords: vasculitis, granulomatosis, nephrobiopsy, late diagnosis

For citation: Kokurina K. A. Difficulties in diagnosing granulomatosis with polyangiitis: a clinical case report. *New St. Petersburg Medical Records*. 2026;105(1):131–132. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-131-132>.

* **Corresponding author:** Ksenia A. Kokurina, Chuvash State University, 15, Moskovsky ave, Cheboksary, 428003, Russia. E-mail: dauren.dyusenov@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7196-6166>.

Введение

Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) — это хроническое аутоиммунное заболевание из группы системных васкулитов, характеризующееся некротизирующим воспалением мелких сосудов. Патологический процесс затрагивает преимущественно верхние и нижние дыхательные пути, где формируются специфические гранулемы, а также почки, с развитием гломерулонефрита. В основе заболевания лежит выработка антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), которые, взаимодействуя с нейтрофилами, запускают каскад воспалительных реакций, приводящих к повреждению сосудистой стенки. Диагностика ГПА основывается на совокупности клинических данных, выявлении специфических антител и гистологическом подтверждении.

Актуальность проблемы: диагностика ГПА определяется жизнеугрожающим характером заболевания и сложностями его раннего выявления. Быстро прогрессирующее течение болезни требует незамедлительной иммуносупрессивной терапии, поскольку задержка в лечении ведет к необратимому поражению жизненно важных органов. Полиморфизм клинических проявлений дебюта, маскирующегося под распространенные патологии ЛОР-органов, легких и другие системные заболевания, в сочетании с низкой настороженностью врачей первичного звена приводит к существенной задержке диагностики. Существ-

венным ограничением является отсутствие идеального диагностического маркера: АНЦА не обладают абсолютной чувствительностью и специфичностью, а гистологическая верификация часто сопряжена с техническими сложностями. В этой связи совершенствование алгоритмов ранней диагностики ГПА на основе междисциплинарного подхода остается ключевой задачей, от решения которой непосредственно зависит прогноз заболевания.

Описание случая

Женщина 52 лет. Первые проявления заболевания возникли в марте 2024 г. Пациентка предъявляла жалобы на небольшую заложенность носа, слизистые выделения, дискомфорт в левой щечной области, головную боль. По результатам обследования был верифицирован диагноз: левосторонний хронический верхнечелюстной синусит. Мицетома. В качестве хирургического лечения выполнена эндоскопическая гайморотомия слева.

В апреле 2025 г. пациентка начала предъявлять жалобы на ломоту и слабость в теле. С 1 мая отмечалось нарастание слабости, а с 5–6 мая — фебрильная лихорадка (до 39°C), резистентная к амбулаторной антибактериальной терапии (амоксиклав, цефиксим). Состояние прогрессивно ухудшалось, появилась боль в ухе. 12 мая пациентка сделала флюорографию, на которой были обнаружены признаки двусторонне-

го плеврального выпота. Выраженная слабость («не могу встать с кровати») стала основанием для вызова скорой помощи. Госпитализирована в приемно-диагностическое, затем в терапевтическое отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП). В рамках дифференциальной диагностики был исключен туберкулезный процесс (Диаскинтест отрицательный от 16.05.25 г., анализ мокроты на кислотоустойчивые бактерии отрицательный от 13.05.25 г., консультация фтизиатра). После кратковременного улучшения на фоне проводимой терапии состояние пациентки резко ухудшилось. 22.05.25 г. развилось жизнеугрожающее осложнение в виде легочного кровотечения, потребовавшее перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии. В последующие дни присоединились признаки нефропатии (олигурия, периферические отеки), что обусловило необходимость проведения мультидисциплинарного консилиума с пульмонологом и перевода в профильное отделение. На данном этапе был выставлен диагноз геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) на основании серологических данных (антитела к Hantavirus spp.). Данные инструментального обследования (КТ ОГК с в/в болюсным контрастированием) выявили комплекс тяжелых патологий: тромбоэмболию ветвей легочных артерий (ТЭЛА), легочную гипертензию, кардиомегалию, гидроперикардит, двусторонний гидроторакс, интерстициальный отек и полисегментарную пневмонию. Несмотря на комплексную терапию, отмечалось прогрессирование острой почечной недостаточности, потребовавшее проведения сеансов гемодиализа, а также нарастание анемии и воспалительной активности. Ключевым моментом диагностики стала консультация ревматолога 25.06.25 г. и последующее выполнение нефробиопсии. Морфологическое исследование биоптата определило экстракапиллярный малоиммунный гломеруло-нефрит с формированием 66% фиброзно-клеточных и фиброзных полудуней, некротизирующий артериит, тубулоинтерстициальный нефрит, лобальный (1/15) гломерулосклероз. Результаты биопсии позволили верифицировать окончательный диагноз: гранулематоз с полиангиитом. С июля 2025 г. была инициирована иммуносупрессивная терапия: преднизолон в стартовой дозе 60 мг/сут с последующей постепенной отменой с 18.08.25 г., и циклофосфамид (1000 мг внутривенно 1 раз в 4 недели до полугода). На фоне проводимого лечения достигнута положительная клинико-лабораторная динамика, позволившая выписать пациентку в удовлетворительном состоянии.

Информация об авторе

Кокурина Ксения Алексеевна, ассистент кафедры госпитальной терапии, Чувашский государственный университет (Чебоксары, Россия), kusiakokurina@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0060-3604>.

Information about author

Ksenia A. Kokurina, Assistant of the Department of Hospital Therapy, Chuvash State University (Cheboksary, Russia), kusiakokurina@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0060-3604>.

23.10.25 г. пациентка госпитализирована в приемное отделение БСМП по скорой помощи со спонтанным пневмотораксом. Выполнено дренирование плевральной полости. По данным обследования, пневмоторакс явился осложнением инфаркт-пневмонии на фоне ТЭЛА, приведшей к формированию деструктивного очага с вскрытием образовавшейся полости в плевральную полость. В настоящее время пациентка получает лечение в торакальном отделении республиканской больницы.

Заключение

Диагностический путь данной пациентки, завершившийся верификацией гранулематоза с полиангиитом, подчеркивает критическую важность междисциплинарного подхода при системных заболеваниях. Тем не менее, клиническая история на этом не заканчивается. Развитие инфаркт-пневмонии и спонтанного пневмоторакса на фоне лечения указывает на высокий потенциал осложнений ГПА. Центральным дискуссионным моментом остается интерпретация положительного результата на антитела к Hantavirus spp. Научную ценность данному наблюдению придает дискуссия о том, является ли ГЛПС в данном случае «диагнозом-имитатором» вследствие ложноположительного результата, или же мы имеем дело с коинфекцией, что диктует необходимость длительного мониторинга. Этот случай служит яркой иллюстрацией того, что даже после установления диагноза ведение пациента с ГПА остается сложной, динамической задачей.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Финансовая поддержка

Авторы декларируют отсутствие финансовой поддержки.

Funding

The authors declare that he has no financial support.

Вклад автора

К. А. Кокурина: сбор материала, подготовка работы к публикации.

Author's Contribution

K. A. Kokurina: collection of material, preparation of work for publication.