

## **Клинический случай отсроченной диагностики и лечения вторичного ретроперитонеального фиброза у больного с выраженной гиперлипидемией.**

**Авторы: Ярославцев Максим Николаевич, Дуванов Иван Александрович (студенты педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова)**

Руководители: А.С. Симбирцева (к.м.н. асс. кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова), Ю.Н. Федулаев (д.м.н., проф., заведующий кафедрой факультетской терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова), Н.В. Хабазов (асс. кафедры факультетской терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова), И.А. Мелентьев (к.м.н., доц. кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова)

**Актуальность.** Актуальной проблемой современной медицины являются заболевания из группы системных фиброзов. Трудности в ведении данных пациентов могут возникнуть из-за несвоевременной диагностики фибротических процессов, а также в следствие тяжелой манифестации и течения заболевания.

**Цель.** Проанализировать пути преодоления трудностей диагностики заболеваний группы системных фиброзов.

**Материалы и методы.** Клиническое наблюдение и анализ медицинской документации пациента И. за период с 2018 по март 2019 гг.

**Результаты.** Пациент И., 57 лет, поступил в терапевтическое отделение в марте 2019 года для уточнения диагноза и подбора медикаментозной терапии. Из анамнеза жизни известно, что пациент длительно, около 15 лет, страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 200/110, по поводу чего постоянно принимает коринфар, лизиноприл, тромбoACC. Так же из анамнеза стало известно, что в 2016 году пациент лечился по поводу грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника. Наличие других заболеваний отрицает. Наследственный анамнез не отягощен. Употребление наркотиков отрицает. До осени 2018 года злоупотреблял алкогольными напитками. Стаж курения около 25 лет. Не курит с осени 2018 года.

В конце сентября 2018 года пациент стал жаловаться на боли и чувство дискомфорта в области поясницы. 09.10.2018 состояние пациента стало ухудшаться. Боль в области поясницы усилилась, появились тошнота и рвота. Бригадой скорой медицинской помощи пациент был доставлен в хирургическое отделение, где ему была выполнена МСКТ органов брюшной полости с контрастированием. По данным МСКТ выявлена веретенообразная аневризма инфраренального отдела аорты диаметром 4 см., протяженностью 8,5 см. с элементами микроэкстравазации. В анализах крови определялись признаки воспаления. Была выполнена операция по установке стент-графта в инфраренальный отдел аорты. Стент полностью расправлен, ножки стента распространяются на левую и правую общие подвздошные артерии. Пациент выписан с улучшением и отправлен на реабилитацию.

В феврале 2019 года пациента вновь стали беспокоить боли в поясничной области. Самостоятельно обратился за помощью в частную клинику, где ему была выполнена МСКТ органов брюшной полости. По результатам МСКТ выявлена левостороннее расширение чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника с признаками воспаления ретроперитонеальной клетчатки. Принимая во внимание данные анамнеза и инструментальных исследований, пациент был консультирован ревматологом. Врачом-ревматологом было рекомендовано проведение биопсии в целях исключения онкологического процесса. На гистологии-микроскопическая картина диффузного разрастания плотной волокнистой соединительной ткани, что послужило поводом для госпитализации пациента в терапевтическое отделение государственной больницы.

Лабораторные показатели при поступлении: СОЭ 73 мм/час (0-20 мм/час), лейкоциты  $11,11 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $4-8,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ), мочевины 12,10 ммоль/л (2,5-8,3 ммоль/л), креатинин 208 мкмоль/л (62-132

мкмоль/л), мочевая кислота 544 мкмоль/л (260-450 мкмоль/л), С-РБ 24 мг/л (0-5 мг/л), общий холестерин – 6,06 ммоль/л (3,4-5,7 ммоль/л), ЛПВП – 1,5 ммоль/л (0,7-1,9 ммоль/л), ЛПНП – 5,5 ммоль/л (2-4,7 ммоль/л), ЛПОНП – 1,8 ммоль/л (0,13-1 ммоль/л), относительная плотность мочи 1,002 (1,010-1,024). На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, диффузное нарушение реполяризации. При эхокардиографическом исследовании выявлено: гипертрофия левого желудочка, гипертрофия свободной стенки правого желудочка, диастолическая дисфункция обоих желудочков 2 типа, расширение левого предсердия. При ультразвуковом исследовании почек-отмечается отрицательная динамика в виде расширения ЧЛС обеих почек. При ультразвуковом исследовании брюшной аорты, ЦДК и доплерометрии почечных артерий и внутрипочечного кровотока-эхо-признаки диффузной неоднородности забрюшинной парааортальной клетчатки, состояние после протезирования аорты, эхо-признаков гемодинамически значимых стенозов почечных артерий не выявлено.

Принимая во внимание данные анамнеза, инструментальных и лабораторных исследований пациенту был поставлен диагноз «вторичный ретроперитонеальный фиброз. ХБП 3а ст. (СКФ СКD-EPI=45,3 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)». С учетом высокой активности заболевания и сниженной функции почек было принято решение начать активную иммуносупрессивную терапию: преднизолон в стартовой дозе 20 мг/сут с последующим повышением до 45 мг/сут. per os, провести сеанс «пульс» терапии преднизолоном в дозе 500 мг 3 дня внутривенно капельно, начать терапию препаратами микрофеноловой кислоты в стартовой дозе 360 мг/сут с последующим повышением до 1440 мг/сут.

В результате лечения отмечалось снижение уровня креатинина до 130 мкмоль/л, нормализация СОЭ, снижение С-рб, уменьшение интенсивности болей и дискомфорта в поясничной области. Пациент выписан с улучшением под наблюдение врача-ревматолога и нефролога. Решается вопрос о дальнейшей тактике лечения.

**Вывод.** Данный клинический случай демонстрирует трудности своевременной диагностики фибротических процессов в ретроперитонеальной клетчатке и патологии почек, а также позволяет разработать алгоритм ведения пациентов с похожими проявлениями.