

Sekundāras AA amiloidozes izplatības un diagnostikas tendences

Aivars Pētersons^{1,2}, Dana Kigitoviča³

¹ Rīgas Stradiņa universitāte, Iekšējīgo slimību katedra, Latvija

² Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Nefroloģijas centrs, Latvija

³ Rīgas Stradiņa universitāte, Medicīnas fakultāte, Latvija

Ievads. AA amiloidoze ir sistēmiska slimība, ko raksturo no olbaltumu prekursoriem veidotu nešķīstošo ekstracelulāro fibrillu izgulsnēšanās visos orgānos, kas izraisa šo orgānu mazspēju. Incidence ASV un Eiropā pacientiem ar hronisku iekaisuma slimību ir mazāk nekā 1% gadījumu, tomēr radīto funkcionālo komplikāciju un neefektīvas terapijas dēļ slimība lielākoties ir letāla [Firestein, et al., 2013]. Visbiežāk skartais orgāns un diagnostikai pieejamais orgāns AA amiloidozes gadījumā ir nieres ar progresējošas proteīnūrijas un hroniskas nieru slimības (HNS) simptomiem [Lanchmann, et al., 2007]. Latvijā nav datu par AA amiloidozes izplatību.

Darba mērķis. Noteikt iespējamo AA amiloidozes izplatību un diagnostisko kritēriju vērtējumu vienas slimnīcas divos centros, kur, pēc slimības patoģenēzes spriežot, varētu būt visvairāk pacientu ar AA amiloidozi. Tas ļautu plānot turpmāku pētījumu par slimības riska faktoru, diagnostisko kritēriju un diagnozes apstiprināšanas algoritmu izveidi, uzskaiti un eventuālu prevenciju.

Materiāls un metodes. Retrospektīvā, aprakstošā pilotpētījumā tika apkopoti un analizēti stacionēto PSKUS Nefroloģijas centra un Reimatoloģijas centra pacientu dati divu gadu laikā: no 2013. gada janvāra līdz 2014. gada decembrim. Par sijājošās atlasē kritērijiem tika izvēlēti glomerulārā filtrācijas ātruma GFĀ kritums < 60 ml/min un proteīnūrija > 0,5 g/dn, kā arī morfoloģiski apstiprināta diagnoze. Iegūtie dati statistiski apstrādāti ar *MS Excel*, *CIA* programmatūru 95% ticamības intervāla (TI) noteikšanai un *SPSS 20.0* programmu.

Rezultāti. Divu gadu laikā Nefroloģijas centrā tika stacionēti 9 pacienti – 5 sievietes un 4 vīrieši – ar apstiprinātu diagnozi sekundāra AA amiloidoze. Trīs no 9 pacientiem tika stacionēti vairāk nekā vienu reizi ar vidējo stacionēto dienu skaitu 10,74 dienas [95% TI = 4,47–1701]. Vidējais pacientu vecums ir 48,33 gadi [95% TI = 39,33–57,33]. No 9 pacientiem 6 bija HNS V stadija. 8 no 9 pacientiem tika noteikts proteīnūrijas kvantitatīvais lielums, vidējā vērtība – 4,02 g/l [95% TI = 2,24–5,80]. Seruma kreatinīna koncentrācijas (tiek ieskaitītas arī atkārtotas stacionēšanas epizodes) vidējā vērtība ir 508,94 μmol/l [95% TI = 356,56–661,32]. Sekundārās AA amiloidozes cēlonis 6 pacientiem bija primāra reimatoloģiska slimība – 4 reimatoīdais artrīts, 1 ankilozējošs spondilīts un 1 juvenils idiopātisks artrīts. Pārējos trīs gadījumos pamatdiagnoze – Krona slimība, pārslimota plaušu tuberkuloze un plašs iekaisuma infiltrāts.

Reimatoloģijas centrā stacionētiem 18 pacientiem proteīnūrija bija virs 0,5 g/l diennaktī un 13 pacientiem GFĀ vērtība – zem 60 ml/min, bet 12 pacientiem bez noteikta GFĀ kreatinīna līmenis serumā bija virs references intervāla maksimālās vērtības (113 μmol/l). Tikai trīs pacienti atbilda sākotnēji izvirzītiem nieru funkcijas pasliktinātajiem rādītājiem – gan samazinātam GFĀ, gan proteīnūrijai virs 0,5 g/l. Savukārt proteīnūrija virs 0,5 g/l diennaktī un paaugstināts seruma kreatinīna līmenis tika konstatēti četriem pacientiem. Diviem pacientiem ar proteīnūriju virs 0,5 g/l bez GFĀ līmeņa ≤ 60 ml/min/m² bija apstiprināta ar biopsiju AA amiloidoze.

Secinājumi. PSKUS Nefroloģijas centrā stacionēto pacientu vidū divu gadu laikā deviņiem pacientiem ir apstiprināta AA amiloidozes diagnoze, un Reimatoloģijas centrā mazais pacientu skaits liek domāt gan par relatīvi retu AA amiloidozes izplatību, gan par nepilnībām renālo riska simptomu izvēlē, gan, iespējams, uz nepietiekami saasinātu uzmanību par AA amiloidozes iespējamību pacientiem ar ilgstošu iekaisumu. Jāveic turpmāka izpēte, lai gūtu precīzāku vērtējumu.