

I.В. Орлова¹
Н.В. Школіна²
I.I. Вовк²
I.I. Шаповал¹
М.А. Станіславчук¹

¹Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Вінниця

²КНП «Вінницька обласна
клінічна лікарня
ім. М.І. Пирогова»
Вінницької обласної ради,
Вінниця

Ключові слова:

еозинофільний
гранулематоз з поліангіітом,
мультидисциплінарний підхід.

ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ ІЗ ПОЛІАНГІІТОМ: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНОМ ТА ІМУНОСУПРЕСАНТАМИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

У статті представлено показовий клінічний випадок пацієнта з еозинофільним гранулематозом із поліангіітом (ЕГПА), перебіг якого характеризувався типовими, але різноманітними симптомами. Незважаючи на наявність рецидивуючих респіраторних інфекцій, легневих інфільтратів, периферичної нейропатії, гіпереозинофілії та зменшення маси тіла встановлення правильного діагнозу відбулося зі значною затримкою. Протягом кількох місяців пацієнта обстежували спеціалісти різних профілів, проте системний васкуліт не був своєчасно розпізнаний. Лише після повторних госпіталізацій і прогресування симптомів пацієнт потрапив на консультацію до ревматолога. На основі клінічних проявів, лабораторних змін і даних інструментальних досліджень, а також відповідності класифікаційним критеріям ACR/EULAR 2022 р., був встановлений діагноз ЕГПА. Призначення адекватної терапії, а саме комбінованого лікування глюкокортикоїдами та імуносупресантами забезпечило поступове зниження активності захворювання та досягнення ремісії. Подібні клінічні випадки підкреслюють важливість настороженості щодо системних васкулітів серед лікарів різних спеціальностей. Раннє розпізнавання характерних ознак, своєчасне направлення до ревматолога та початок терапії є ключовими чинниками, які дозволяють уникнути ускладнень і покращити прогноз пацієнтів з ЕГПА.

Еозинофільний гранулематоз із поліангіітом (ЕГПА) — це рідкісне аутоімунне захворювання, що характеризується гранулематозним, багатим еозинофілами запаленням, а також системним некротичним васкулітом з ураженням судин малого та середнього калібру. Поширеність ЕГПА становить 12,13–15,27 випадків на мільйон осіб [4]. Середній вік початку захворювання становить близько 50 років [5].

РЕЗУЛЬТАТИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Хворий К., віком 62 роки, надійшов на стаціонарне лікування в Центр ревматології 7.11.2022 р. зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5 °С, схуднення на 10 кг за останні 6 міс, відчуття затерпання в верхніх та нижніх кінцівках, задишку при ходьбі, періодичний біль у суглобах та м'язах, закладеність носа, зниження слуху, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що підвищення температури тіла до 37,5 °С, задишка при ходьбі та загальна слабкість з'явилися на початку березня 2022 р. Лікувався за місцем проживання у сімейного лікаря, проведено рентгенографію органів грудної клітки (ОГК), діагностовано пневмонію. Приймав лінезолід, серрату протягом 10 днів без покращення. 28.03.2022 р. госпіталізований у пульмонологічне відділення Міської клінічної лікарні № 1 з діагнозом: негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія III кл. гр. ЛН I ст. У загальному аналізі крові від 29.03.2022 р.: гемоглобін — 114 г/л, еритроцити — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) — 24 мм/год; лейкоцити — $6,9 \cdot 10^9$ /л, (сегментоядерні — 55%, лімфоцити — 23%, еозинофіли — 16%, паличкоядерні — 1%, моноцити — 5%). Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) на COVID-19 від 29.03.2022 р. — негативна; Cito test Ag COVID-19 від 28.03.2022 р. — негативний.

На спіральній комп'ютерній томографії ОГК від 30.03.2022 р. відмічаються численні утворення обох легень (лімфома?, септична емболія?, метастази (MTS)?). Отримував антибіотикотерапію (цефепім) без позитивної динаміки. 7.04.2022 р. хворий виписаний. Рекомендовано: нагляд сімейного лікаря, пульмонолога, контроль за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) ОГК через 10 днів, ципрофлоксацин / орнідазол (500/500 мг) 2 рази на добу. З 17 до 23 травня 2022 р. перебував на стаціонарному лікуванні в ЛОР-відділенні з діагнозом: гострий гнійний лівобічний середній отит. Комбінована двобічна приглухуватість III ст. Рекомендовано антибіотикотерапію. Проведена септопластика. З 14.06–22.06.2022 р. — повторно госпіталізований із діагнозом: лівобічний середній отит. Хронічний вазомоторний риніт.

29.07.2022 р. вперше консультований ревматологом.

На момент огляду пацієнт має скарги на підвищення температури тіла до 39,0 °С, схуднення на 7 кг за останні 4 міс, відчуття затерпання в нижніх кінцівках, задишку при ходьбі, періодичний біль у суглобах та м'язах, закладеність носа, зниження слуху, загальну слабкість. У загальному аналізі крові від 28.07.2022 р. гемоглобін — 108 г/л; еритроцити — $4,14 \cdot 10^{12}$ /л; КП (кольоровий показник) — 0,87, лейкоцити — $14,85 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити — $552 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 90 мм/год (лейкоцитарна формула: еозинофіли — 20% ($3 \cdot 10^9$ /л), паличкоядерні — 2%, сегментоядерні — 53%, лімфоцити — 19%, моноцити — 6%); С-реактивний білок (СРБ) 28.07.2022 р. — 177,610 мг/л. Попередній діагноз: системний васкуліт? Рекомендовано стаціонарне лікування у високоспеціалізованому клінічному центрі ревматології, остеопорозу та біологічної терапії.

З анамнезу життя відомо, що сімейний анамнез не обтяжений, алергії пацієнт не має. Наявність цукрового діабету, вірусних гепатитів, туберкульозу заперечує. Травм не було. У травні 2022 р. проведена септопластика. Хворіє на хронічний пієлонефрит та хронічний простатит.

При об'єктивному обстеженні відмічається гнусавість голосу. У легенях при аускультатії — везикулярне дихання з жорстким відтінком. Решта органів і систем — без патологічних змін.

Дані лабораторних методів обстеження при госпіталізації: 4.11.2022 р.: гемоглобін — 99 г/л, еритроцити — $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, КП 0,87, лейкоцити — $13,1 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити — $431 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 32 мм/год (лейкоцитарна формула: паличкоядерні — 4%, сегментоядерні — 64%, лімфоцити — 14%, моноцити — 8%, еозинофіли — 10%). У загальному аналізі сечі від 8.11.2022 р.: колір с/ж, питома вага — 1014, прозорість повна, реакція кисла, білок — 0,33 г/л, епітелій плоский 0–1 в полі зору (п/з), лейкоцити — 10–15 в п/з, скупчення до 10–20 лейкоцитів, еритроцити незмінні — 0–1–2 в п/з, одиничні гіалінові циліндри. Добова протеїнурія 9.11.2022 р.: сечі за добу — 1100 мл; білок/добу — 726 мг; глюкоза в плазмі крові: 6,2 ммоль/л; антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (AntiCCP)

<1,500 Од./мл; креатинін у крові 125 мкмоль/л; сечовина у крові 22,0 ммоль/л; сумарні антитіла до вірусу гепатиту С (HCV) — 0,264 од/мл; маркери гепатиту В: HBsAg — 0,010. 5.11.2022 р. пакет на системні васкуліти — ANCA: мієлопероксидаза (MPO): антитіла IgG < 2 Од/мл; протеїназа 3 (PR3): антитіла IgG — 4,11 Од/мл;

Дані інструментальних методів дослідження

Електрокардіограма (ЕКГ): ритм синусовий регулярний, частота серцевих скорочень (ЧСС) 65 уд./хв. Відхилення EBC вліво. Ліва перевага. Дифузні зміни в міокарді задньої стінки лівого шлуночка.

Рентген ОГК: на тлі посиленого деформованого легеневого малюнка з обох боків відмічаються неправильної округлої форми з чіткими нерівними контурами утворення розміром від 0,8 до 2 см у діаметрі. Корені ущільнені, розширені, малоструктурні. Серце — подовжена дуга лівого шлуночка (рисунок). Рекомендовано: СКТ для виключення MTS.

Ультразвукове дослідження (УЗД) нирок, сечового міхура. Висновок: ехо-ознаки ураження паренхіми обох нирок, кіст лівої нирки.

УЗД передміхурової залози. Висновок: УЗ-ознаки гіперплазії передміхурової залози.

СКТ органів черевної порожнини та малої миски з внутрішньовенним контрастним посиленням: дифузні зміни паренхіми підшлункової залози. Поодинокі кісти нирок. Дифузні зміни, гіперплазія передміхурової залози.

Пацієнт оглянутий лікарями суміжних спеціальностей:

ЛОР: хронічний риніт. Рекомендовано: ксилометазолін — спрей 2 р/добу.

Нефролог: хронічна хвороба нирок (ХХН) IIIa (швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) 53 мл/хв): тубулоінтерстиціальний нефрит, нефритичний синдром. Рекомендовано: лікування основного захворювання, контроль артеріального тиску, загального аналізу сечі, добової протеїнурії. До лікування додати інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) як нефропротекція. Дообстеження: УЗД нирок.

Невролог: дистальна полінейропатія за типом «шкарпеток та рукавичок».

10.11.2022 р. Проведено консилиум ревматологів. Висновок: системний васкуліт за типом ЕГПА, встановлений за класифікаційними критеріями Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology — ACR) / Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR) 2022 р. [3]. Згідно з ними, у пацієнта наявний клінічний критерій — множинний мононеврит, та лабораторний критерій — кількість еозинофілів, що перевищує $1 \cdot 10^9$ /л, що становить 6 балів. Таким чином, діагноз пацієнта: системний васкуліт за типом ЕГПА, підгострий перебіг, розгорнута стадія, активність III ст. з ураженням легень — легенева інфільтрація, верхніх дихальних шляхів — хронічний риніт, синусит в анамнезі, нервової системи — дистальна полінейропатія за типом «шкарпеток та рукавичок».

чок», нирок — ХХН IIIa: тубулоінтерстиціальний нефрит, нефритичний синдром, з гематологічними синдромами — анемія I ст., лейкоцитоз, гіперезиофілія та загальноотрофічні прояви (схуднення, лихоманка). АНЦА (–).

Щодо лікування, згідно з рекомендаціями ACR 2021 р., для менеджменту ANCA-асоційованих васкулитів для індукції ремісії активного тяжкого ЕГПА використовують внутрішньовенну пульс-терапію чи високі дози пероральних глюкокортикоїдів, а також циклофосфамід або ритуксимаб [1].

Пацієнту було призначено циклофосфамід 500 мг внутрішньовенно краплинно 1 раз на 2 тиж — під ретельним контролем загальноаналізу крові з тромбоцитами, білірубіну крові, трансаміназ, сечовини, креатиніну 1 раз на 2 тиж. Контроль аналізу сечі. Метилпреднізолон 16 мг на добу — тривало, препарати заліза для корекції анемії, раміприл для контролю артеріального тиску та нефропротекції, препарати кальцію з вітаміном D₃. Також рекомендовано нагляд невролога, нефролога, ЛОР-лікаря. Консультація ревматолога 1 раз на місяць для оцінки клініко-лабораторного стану пацієнта та вирішення подальшої тактики лікування.

На фоні отриманого лікування після проведення 6-ї інфузії циклофосфаміду у пацієнта з'явився оперізувальний герпес, який був успішно пролікований ацикловіром.

Для підтримки ремісії пацієнту рекомендовано азатіоприн 150 мг на добу та метилпреднізолон 16 мг на добу з поступовим зниженням дози під контролем клініко-лабораторних показників.

Застосування глюкокортикоїдів та імуносупресивної терапії дали позитивний ефект, і станом на сьогодні пацієнт перебуває в клініко-лабораторній ремісії (таблиця) й отримує азатіоприн 150 мг на добу та метилпреднізолон 8 мг на добу, гастропротекцію, препарати вітаміну D₃ та кальцію.

Таблиця

Динаміка лабораторних показників				
Показники	До початку лікування	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 1 рік
Гемоглобін, г/л	99	110	131	134
Еритроцити, $\times 10^{12}/л$	3,6	3,8	4,2	4,5
Лейкоцити, $10^9/л$	13,1	14,0	15,4	9,8
Еозинофіли, %	10	8	9	1
ШОЕ, мм/год	32	30	12	17
Креатинін, мкмоль/л	125	137	134,6	122,3

Щодо прогнозу для цієї когорти пацієнтів: 10-річний прогноз виживання становить 90% [2]. Частота рецидивів захворювання коливається у межах 25–49%. Однак ускладнення відмічаються у 80% пацієнтів з ЕГПА, незалежно від початкової тяжкості захворювання [6].

ВИСНОВКИ

1. Діагностика ЕГПА є складним завданням через розмаїття клінічних проявів, недостатню поінформованість лікарів про це захворювання, необхідність використання з діагностичною метою специфічних методів дослідження.

2. Менеджмент ЕГПА залишається складним, оскільки слід враховувати крихкий баланс між ризиками рецидиву захворювання та несприятливими наслідками імуносупресії.

3. Основними аспектами лікування ЕГПА є міждисциплінарне та динамічне спостереження, а також персоналізований підхід до лікування, що потребує регулярної корекції.

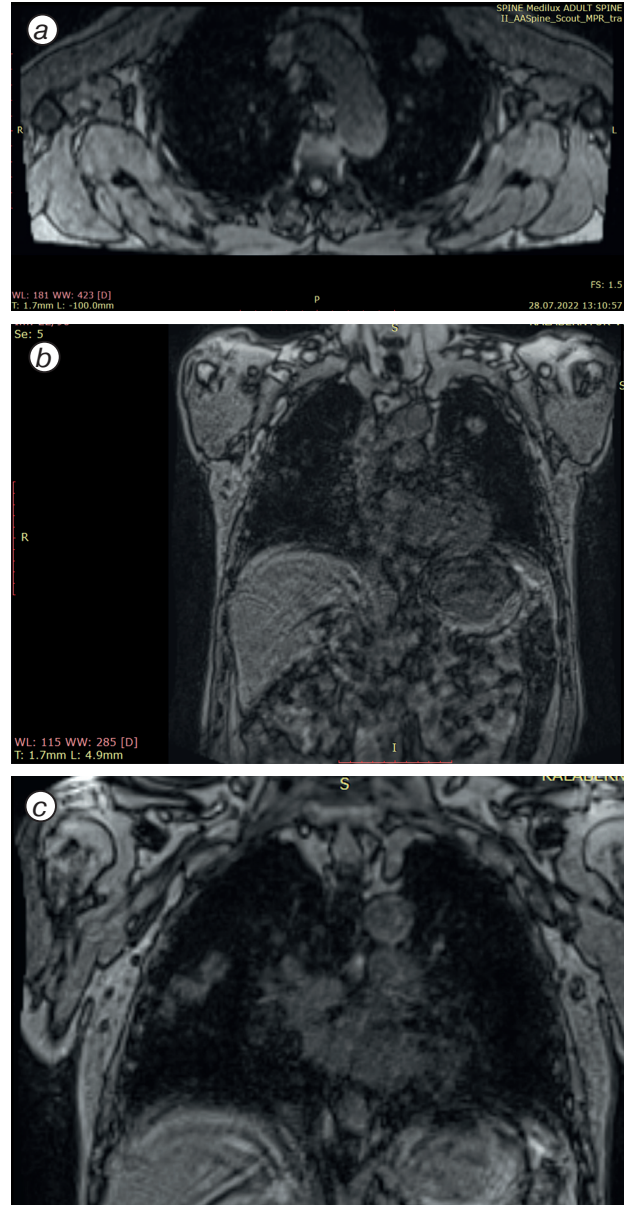


Рисунок. КТ-ознаки вогнищового ураження обох легень

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Chung S.A., Langford C.A., Maz M. et al. (2021) 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis. *Arthritis Rheumatol.*, 73(8): 1366–1383. doi: 10.1002/art.41773.
2. Durel C.A., Berthiller J., Caboni S. et al. (2016) Long-Term Followup of a Multicenter Cohort of 101 Patients With Eosinophilic Granulomatosis With Polyangiitis (Churg-Strauss). *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 68(3): 374–87. doi: 10.1002/acr.22686.
3. Grayson P.C., Ponte C., Suppiah R. et al. (2022) DC-VAS Study Group. 2022 American College of Rheumatology/European

Alliance of Associations for Rheumatology Classification Criteria for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. *Ann. Rheum. Dis.*, 2022.

4. **Jakes R.W., Kwon N., Nordstrom B. et al.** (2021) Burden of illness associated with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: a systematic literature review and meta-analysis. *Clin. Rheumatol.*, 40(12): 4829–4836. doi: 10.1007/s10067-021-05783-8.

5. **Nguyen Y., Guillevin L.** (2018) Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis (Churg-Strauss). *Semin. Respir. Crit. Care Med.*; 39(4): 471–481. doi: 10.1055/s-0038-1669454.

6. **Samson M., Puéchal X., Devilliers H. et al.** (2013) French Vasculitis Study Group. Long-term outcomes of 118 patients with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome) enrolled in two prospective trials. *J. Autoimmun.*, 43: 60–9. doi: 10.1016/j.jaut.2013.03.003.

EOSINOPHILIC GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO DIAGNOSIS AND COMBINED TREATMENT WITH METHYLPREDNISOLONE AND IMMUNOSUPPRESSANTS BASED ON A CLINICAL CASE EXAMPLE

I.V. Orlova¹, N.V. Shkolina², I.I. Vovk², I.I. Shapoval¹, M.A. Stanislavchuk¹

¹Vinnitsia National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnitsia

²KNP «Vinnitsia Regional Clinical Hospital named after M.I. Pirogov» of Vinnitsia Regional Council, Vinnitsia

Abstract. *The article presents a representative clinical case of a patient with eosinophilic gran-*

ulomatosis with polyangiitis (EGPA), the course of which was characterised by typical but varied symptoms. Despite the presence of recurrent respiratory infections, pulmonary infiltrates, peripheral neuropathy, hypereosinophilia, and weight loss, the correct diagnosis was made with a significant delay. Over the course of several months, the patient was examined by specialists of various profiles, but systemic vasculitis was not recognised in a timely manner. Only after repeated hospitalisations and progression of symptoms did the patient see a rheumatologist. Based on clinical manifestations, laboratory changes, and instrumental examination data, as well as compliance with the ACR/EULAR 2022 classification criteria, a diagnosis of EGPA was established. The prescription of adequate therapy, namely combined treatment with glucocorticoids and immunosuppressants, ensured a gradual decrease in disease activity and remission. Similar clinical cases emphasise the importance of increasing awareness of systemic vasculitis among doctors of various specialties. Early recognition of characteristic signs, timely referral to a rheumatologist, and initiation of therapy are key factors in avoiding complications and improving the prognosis for patients with EGPA.

Keywords: eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, multidisciplinary approach.

Відомості про авторів

Орлова Інна Вікторівна — кандидатка медичних наук, асистентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця.

E-mail: orlovainna17@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7490-6794

Школіна Наталія Віталіївна — завідувачка Високоспеціалізованого клінічного центру ревматології, остеопорозу та біологічної терапії Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної ради», Вінниця.

E-mail: natashkolina39@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2077-1171

Вовк Ірина Іванівна — лікарка-ревматологиня Високоспеціалізованого клінічного центру ревматології, остеопорозу та біологічної терапії Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної ради», Вінниця.

E-mail: vovkpirogoва@gmail.com

ORCID: 0009-0008-1030-555X

Шаповал Ірина Іванівна — асистентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця.

E-mail: shirina1312@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9210-1199

Станіславчук Микола Адамович — професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця.

E-mail: mstanislav53@yahoo.com

ORCID: 0000-0001-8160-8189

Надійшла до редакції/Received: 29.01.2026

Прийнято до друку/Accepted: 10.02.2026