

ГРАНУЛЕМАТОЗ З ПОЛІАНГІТОМ ТА МУЛЬТИСИСТЕМНИМ УРАЖЕННЯМ

Бондар В.Д., Черниловський А.В.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Черниловський А.В., кафедра сімейної медицини ФПО та пропедевтики внутрішньої медицини, Дніпровський державний медичний університет, м.Дніпро.

Вступ. Гранулематоз з поліангіітом (ГПА), раніше відомий як гранулематоз Вегенера, – це рідкісне аутоімунне захворювання з переважним ураженням дрібних судин і формуванням некротизуючого гранулематозного запалення [1, 2]. Хвороба має хронічний перебіг з потенційно загрозливими для життя ускладненнями. Найчастіше уражаються верхні та нижні дихальні шляхи, нирки, але можливе ураження майже будь-якого органу чи системи [3].

Основна частина. Жінка, 73 років, пенсіонерка, була госпіталізована до нефрологічного відділення у лютому 2025 року. Із анамнезу відомо, що з вересня 2024 року почала відзначати погіршення загального стану після перенесеного отиту, який не піддався амбулаторному лікуванню. З того часу поступово наростали симптоми інтоксикації: загальна слабкість, анорексія, істотна втрата маси тіла (до 20 кг за три місяці), дискомфорт та печіння в очах, слъозотеча, світлобоязнь, періодичні висипання на шкірі тулуба та кінцівок, закладеність носа. У грудні 2024 року, при амбулаторному обстеженні, виявлено: підвищений рівень креатиніну (131 мкмоль/л), протеїнурію (1 г/л), лейкоцитурію та лейкоцитоз.

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки засвідчила наявність множинних солідних вузликів в обох легенях, зміни постзапального характеру, а також незначну кількість рідини в порожнині перикарда. Незважаючи на самостійне лікування, позитивної динаміки не спостерігалось. У подальшому аналізи показали зростання рівня креатиніну до 408 мкмоль/л, зберігалися протеїнурія та лейкоцитоз. За два тижні до госпіталізації додалися офтальмологічні скарги. Мієломна хвороба була виключена гематологом. З метою підтвердження системного аутоімунного процесу проведено аналіз на

ANCA, який виявив високий рівень PR3-ANCA (>200). На момент госпіталізації (через п'ять місяців після перших проявів захворювання) загальний стан розцінювався як середньої тяжкості. Відзначались виражена астения, анемія, кон'юнктивіт з набряком повік. Лабораторні показники: гемоглобін – 83 г/л, лейкоцитоз, зниження швидкості клубочкової фільтрації до 13 мл/хв (за формулою СКД-EPI), підвищений рівень С-реактивного білка (СРБ – 95,5 мг/л), наявність гематурії та протеїнурії. Додатково проведена КТ голови виявила потовщення слизової оболонки носових раковин та нижніх стінок верхньощелепних пазух. Офтальмологом встановлено діагноз: гострий алергічний дерматокон'юнктивіт обох очей, а також виявлено незрілу ускладнену катаракту OU.

Після встановлення діагнозу: Гранулематоз з поліангіїтом, висока активність за шкалою BVAS-II; гострий перебіг з ураженням нирок, очей, верхніх дихальних шляхів і системи крові; хронічна хвороба нирок III стадії (G3b; A3); хронічна ниркова недостатність I стадії, розпочато специфічне лікування. Застосовано пульс-терапію метилпреднізолоном у дозі 250 мг внутрішньовенно протягом трьох днів, після чого переведено на підтримувальну терапію: преднізолон (медрол) 16 мг/добу, азатіоприн (імуран) 50 мг/добу, супровідна терапія включала антиоксиданти, гастропротектори, нефропротективні засоби. Протягом 14 днів терапії відзначено позитивну динаміку: гемоглобін зріс до 96 г/л, рівень креатиніну знизився до 260 мкмоль/л, ШКФ стабілізувався на рівні 30 мл/хв, СРБ зменшився до 6,5 мг/л. Покращився загальний стан пацієнтки, зменшилися прояви офтальмологічного синдрому, що свідчить про ефективність підібраної терапевтичної тактики.

Висновки. Представлений клінічний випадок демонструє труднощі ранньої діагностики гранулематозу з поліангіїтом при малоспецифічному дебюті у літньої пацієнтки. Своєчасне ANCA-тестування, належна оцінка клінічних, лабораторних та візуалізаційних даних дозволили встановити

діагноз до розвитку незворотних уражень. Ініціація терапії на гострій стадії сприяла зменшенню активності захворювання та покращенню функції нирок.

Література:

1. Emmi, G., Bettiol, A., Gelain, E., Bajema, I. M., Berti, A., Burns, S., & Vaglio, A. (2023). Evidence-based guideline for the diagnosis and management of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Nature Reviews Rheumatology*, 19(6), 378-393.
2. Potentas-Policewicz, M., & Fijolek, J. (2024). Granulomatosis with polyangiitis: Clinical characteristics and updates in diagnosis. *Frontiers in Medicine*, 11, 1369233.
3. Guzman-Soto, M.I., Kimura, Y., Romero-Sanchez, G., Cienfuegos-Alvear, J.A., Candanedo-Gonzalez, F., Kimura-Sandoval, Y., & Hinojosa-Azaola, A. (2021). From head to toe: granulomatosis with polyangiitis. *Radiographics*, 41 (7), 1973-1991.