



Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Черджа-Стросс): сложный путь к диагнозу

Ю.И. ГАЛИХАНОВА^{1,2}, А.Е. ШКЛЯЕВ¹, О.В. МУРАВЦЕВА², О.И. СТАРОДУБЦЕВА², А.С. МАЛЫГИНА²,
А.С. ПАНТЮХИНА¹

¹ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск, РФ

² БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, РФ

РЕЗЮМЕ

Представлены информация о редком аутоиммунном заболевании – эозинофильном гранулематозе с полиангиитом (синдром Черджа-Стросс) и клинический случай. Диагноз был установлен согласно установленным диагностическим критериям (бронхиальная астма, эозинофилия крови – 61,2%, нейропатия седалищного нерва, легочные инфильтраты, катаральный полисинусит, внесосудистая эозинофилия – эозинофилы в мокроте и жидкости бронхоальвеолярного лаважа) лишь через 5 месяцев после начала проявлений заболевания. До этого пациентка была неоднократно госпитализирована с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Ключевые слова: эозинофильный гранулематоз с полиангиитом, синдром Черджа-Стросс, ANCA-ассоциированные васкулиты, эозинофилия, пульмонология, ревматология.

Для цитирования: Галиханова Ю.И., Шкляев А.Е., Муравцева О.В., Стародубцева О.И., Малыгина А.С., Пантюхина А.С. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Черджа-Стросс): сложный путь к диагнозу // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2026. – Т. 104, № 1. – С. 72–78. <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-1-72-78>

Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis (Churg-Strauss Syndrome): a Difficult Journey to Diagnosis

YU.I. GALIKHANOVA^{1,2}, A.E. SHKLYAEV¹, O.V. MURAVTSEVA², O.I. STARODUBTSEVA², A.S. MALYGINA²,
A.S. PANTYUKHINA¹

¹ Izhevsk State Medical Academy, Russian Ministry of Health, Izhevsk, Russia

² First Republican Clinical Hospital, Ministry of Health of Udmurtiya Republic, Izhevsk, Russia

ABSTRACT

The article describes a rare autoimmune disease – eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome) and presents a clinical case. The diagnosis was determined according to the established diagnostic criteria (bronchial asthma, blood eosinophilia - 61.2%, sciatic nerve neuropathy, pulmonary infiltrates, catarrhal polysinusitis, extravascular eosinophilia – eosinophils in sputum and bronchoalveolar lavaged) only 5 months after the onset of the disease. Prior to this, the patient had been hospitalized several times with suspected COVID-19.

Key words: eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, Churg-Strauss syndrome, ANCA-associated vasculitis, eosinophilia, pulmonology, rheumatology.

For citation: Galikhanova Yu.I., Shklyayev A.E., Muravtseva O.V., Starodubtseva O.I., Malygina A.S., Pantyukhina A.S. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome): a difficult journey to diagnosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2026, vol. 104, no. 1, pp. 72–78. (In Russ.) <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-1-72-78>

Для корреспонденции:

Галиханова Юлия Ивановна
E-mail: galikhanova_julia@mail.ru

Correspondence:

Yulia I. Galikhanova
Email: galikhanova_julia@mail.ru

Введение

Синдром Черджа-Стросс представляет собой эозинофильное гранулематозное воспаление дыхательных путей и некротический васкулит, который затрагивает сосуды среднего и малого размера, часто в сочетании с бронхиальной астмой и эозинофилией. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

(ЭГПА) является наименее распространенным из васкулитов, связанных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (ANCA) [2, 8]. Заболеваемость составляет 2,3 случая на 1 млн населения, распространенность – 23 случая на 1 млн населения. Заболевание встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего системные прояв-

ления развиваются в возрасте 40–50 лет [2, 9]. Клинические черты ЭГПА, отличающие его от других форм ANCA-ассоциированных васкулитов (гранулематоза с полиангиитом и микроскопического полиангиита), включают среднетяжелую и тяжелую бронхиальную астму, высокую эозинофилию и эозинофильную инфильтрацию тканей, а также менее частые случаи обнаружения ANCA (преимущественно к миелопероксидазе) [6]. Хотя ЭГПА классифицируется как ANCA-ассоциированный васкулит, антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA) выявляются только у 40–60% пациентов. В развитии ЭГПА наблюдается последовательность стадий: 1 стадия характеризуется развитием различных аллергических заболеваний: ринит, синусит, полиноз, бронхиальная астма, лекарственная непереносимость; 2 стадия – период эозинофилии в периферической крови и тканях; 3 стадия – признаки системного васкулита с полиорганными поражениями [1, 2, 4].

Диагностика синдрома Черджа-Стросс основывается на клинических, лабораторных и инструментальных данных. Диагноз синдрома Черджа-Стросс может быть поставлен при наличии не менее четырех критериев из следующих шести: бронхиальная астма, эозинофилия крови более 10%, периферическая моно- и полинейропатия, мигрирующие или транзиторные легочные инфильтраты, патология околоносовых пазух, внесосудистая эозинофилия (скопление эозинофилов во внесосудистом пространстве) [3, 5, 7]. Представляем клинический случай, отражающий сложности диагностики ЭГПА.

Клиническое наблюдение

Пациентка Л., 47 лет, была госпитализирована 12.04.2021 г. в пульмонологическое отделение БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» (г. Ижевск) с жалобами на периодический кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты в небольшом количестве (до 15 мл в сутки), одышку смешанного характера при быстрой ходьбе и подъеме выше второго этажа, чувство дискомфорта в грудной клетке, заложенность носа, повышение температуры тела по вечерам до 37,7°C, жгучую боль в правой стопе, усиливающуюся вечером, невозможность наступать на ногу, слабость и онемение в стопе, похудание на 18 кг за последний год и общую слабость.

Из анамнеза известно, что с июня 2020 г. появился периодический приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и заложенность носа. С данными жалобами обратилась к участковому терапевту, был установлен диагноз «бронхиальная астма». Назначена базисная терапия препаратом будесонид/формотерол 160/4,5 мкг по 2 дозы 2 раза в сутки, с положительным эффектом. Обследовалась у оториноларинголога с диагнозом «аллергический ринит», рекомендовано использовать флу-

тиказона пропионат в нос. Также консультировалась у аллерголога и прошла аллергологическое обследование. Результаты показали положительные пробы на домашнюю пыль с клещами, библиотечную пыль, шерсть овец, пыльцу березы, кукурузы и овсянницы. Была выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (29.07.2020 г.): признаки хронического бронхита и эмфиземы легких. С августа по октябрь 2020 г. пациентка находилась под наблюдением пульмонолога, регулярно применяла базисную терапию комбинированным ингаляционным препаратом будесонид/формотерол 160/4,5 мкг (по 2 дозы 2 раза в день), флутиказона пропионат интраназально и таблетки монтелукаста (10 мг перед сном). На протяжении трехмесячного курса лечения общее самочувствие оставалось удовлетворительным.

С июня 2020 г. пациентка систематически раз в месяц выполняла клинический анализ крови. Впервые эозинофилия крови была выявлена 08.12.2020 г. и составила 24,4%. С 14.12.2020 г. – повышение температуры тела до 37,8°C. Лечилась амбулаторно (моксифлоксацин 400 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки), без эффекта. Пациентка самостоятельно обратилась в приемный покой ковид-центра БУЗ УР «ГКБ № 6 МЗ УР» 17.12.2020 г., где была выполнена КТ органов грудной клетки (ОГК), по результатам которой обнаружены признаки двусторонней инфильтрации, утолщенные стенки бронхов, картина интерпретирована как двусторонняя полисегментарная пневмония с низкой вероятностью COVID-19. Дополнительно диагностированы хронический бронхит и атеросклеротические изменения аорты. ПЦР на COVID-19 отрицательный. СРБ – 4,89 мг/л. Пациентке амбулаторно назначено лечение: цефиксим, апиксабан, аскорбиновая кислота. Несмотря на лечение, в течение 14 дней сохранялось повышение температуры тела до субфебрильных значений, направлена на госпитализацию.

С 06.01.2021 г. по 21.01.2021 г. получала стационарное лечение в ковид-центре БУЗ УР «ГКБ № 6 МЗ УР» с диагнозом: новая коронавирусная инфекция, вирус не идентифицирован. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония с поражением легких до 52%. За время стационарного лечения проведено лечение: дексаметазон (5 дней), цефтриаксон (14 дней), левофлоксацин (14 дней), будесонид/формотерол (16 дней), азилсартана медоксомил + хлорталидон (16 дней). Выписана с улучшением. В общем анализе крови при выписке сохранялся лейкоцитоз, эозинофилия – 24% и повышение СОЭ до 50 мм/ч. Через несколько дней после выписки отмечается повторное повышение температуры тела до 37,8°C, в связи с чем пациентка вновь обращается в ковид-центр. С 03.03.2021 г. по 18.03.2021 г. проводится повторное стационарное лечение в ковид-центре БУЗ УР «ГКБ № 6 МЗ УР» с диагнозом: новая коронавирусная инфекция, вирус не идентифицирован. Внебольничная двусто-

ронная полисегментарная пневмония, смешанной этиологии, средней степени тяжести. ДН 1 ст. Проведенное лечение: имипенем/циластатин, цефтриаксон, левофлоксацин, ацетилцистеин, кеторолака трометамин, ипратропия бромид/фенотерол, метопролол, омепразол. В общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз ($24,0 \times 10^9/\text{л}$, со снижением уровня лейкоцитов к выписке до $16,3 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (60 мм/ч со снижением уровня СОЭ к выписке до 40 мм/ч). Информация о процентном содержании эозинофилов в представленной выписке отсутствовала. В результате проведенной терапии у пациентки наблюдалось снижение температуры тела до $37,2\text{--}37,4^\circ\text{C}$.

С 10.04. 2021 г. появилась жгучая боль в правой стопе, усиливающаяся к вечеру, невозможность наступать на ногу, слабость и онемение в стопе. Лишь 12.04. 2021 г. пациентка обратилась к пульмонологу в поликлинику БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска и была госпитализирована в пульмонологическое отделение с диагнозом: интерстициальное поражение легких неустановленной этиологии. Бронхиальная астма, атопическая форма, персистирующее течение средней степени тяжести, неконтролируемая, фаза обострения. ДН 0 ст.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка в развитии от сверстников не отставала; работала бухгалтером, в настоящее время не замужем, детей нет, неработающая; вредных привычек не имела; перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, аллергический ринит, остеохондроз.

Объективно при первичном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. ЧДД 17 в минуту, $\text{SaO}_2 = 96\%$ на атмосферном воздухе в покое. Дыхание везикулярное, крепитация в подлопаточной области справа, рассеянные сухие гудящие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 99 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Начато обследование пациентки. Неврологический статус: в сознании. Ориентирована. Менингеальных знаков нет. Зрачки $\text{S}=\text{D}$, на свет реагируют. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сила в правой стопе (разгибатели) 1-2 балла. Тонус в правой ноге несколько снижен. Рефлексы с рук живые $\text{S}=\text{D}$, с ног: коленные $\text{S}>\text{D}$, ахилловы $\text{S}>\text{D}$. Гипестезия в области правой стопы и голени. Координаторные пробы – удовлетворительные. Симптом Ласега с $\text{D}-80^\circ$, $\text{S}-90^\circ$. Легкая болезненность при пальпации ягодичных и грушевидной мышц справа. Ограничен наклон туловища вперед, не может стоять на пятках справа.

В общем анализе крови при поступлении: лейкоцитоз ($22,91 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилия до 61,2% (14010 кл/мкл), анемия ($\text{Hb}-107 \text{ г/л}$), тромбоцитоз ($638 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ до 40 мм/ч. Био-



Рис. 1. Пациентка Л. Скан КТ ОГК от 07.04.2021 г.

Fig. 1. Patient L. Chest CT as of April 7, 2021

химический анализ крови от 13.04.2021 г.: СРБ – 76,7 мг/л, остальные показатели крови (АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, калий, натрий, общий белок, альбумин, глюкоза) в пределах нормы. Иммуноглобулин Е – более 2000 МЕ/мл. В клиническом анализе мокроты выявлено большое количество эозинофилов. Анализ мочи без патологии.

По КТ ОГК от 07.04.2021 г.: в обоих легких обнаруживались массивные субплевральные и периваскулярные участки гиповентиляции по типу «матового стекла», в большей степени в нижних долях, средней и малой интенсивности, с ретикулярными изменениями и зонами консолидации. Распространенность патологических изменений около 50% площади паренхимы. Увеличение лимфоузлов средостения и парааортальных на уровне L_1 (рис. 1).

С учетом наличия эозинофилии и повышенного уровня иммуноглобулина Е, на первое место при дифференциально-диагностическом поиске вышло предположение о паразитарной инвазии, но дополнительные анализы (кал на яйца глистов и ИФА на гельминты) дали отрицательные результаты. Патогенные грибы также не были обнаружены. Анализ на ВИЧ отрицательный, уровни иммуноглобулинов А, М и G в пределах нормы. ANCA-панель (протеиназа 3 не обнаружена; миелопероксидаза не обнаружена; эластаза не обнаружена; катепсин G не обнаружен; белок ВР1 не обнаружен; лактоферрин не обнаружен; лизоцим не обнаружен) и антинуклеарные антитела – отрицательные.

Для исключения гемобластозов проведена консультация гематолога, по его рекомендации было выполнено дообследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости выявило деформацию желчного пузыря, диффузные изменения в поджелудочной железе, следы свободной

жидкости в обеих плевральных полостях. УЗИ лимфатических узлов показало, что подчелюстные, шейные, над- и подключичные лимфоузлы не увеличены, аксиллярные и паховые – единичные и имеют размер до 10 мм. В крови маркеры BCR-ABL и JAK2 не обнаружены. Заключение гематолога: данных за гемобластоз в настоящее время нет.

В связи с жалобами на жгучие боли в правой стопе, усиливающиеся к вечеру, невозможность наступить на ногу, слабость и онемение стопы, беспокойство в течение недели, пациентка была проконсультирована неврологом. Заключение невролога от 15.04.2021 г., 23.04.2021 г.: нейропатия седалищного нерва. Рекомендовано: МРТ поясничного отдела; ЭНМГ нижних конечностей; СКТ костей таза; симптоматическая терапия для купирования болевого синдрома (габапентин, витамины группы В). ЭНМГ от 21.04.2021 г.: признаки мотосенсорной аксонально-демиелинизирующей полиневропатии нижних конечностей с преобладанием демиелинизирующих нарушений проведения слева и выраженных аксональных нарушений проведения справа. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника от 23.04.2021 г.: признаки остеохондроза с поражением L₃₋₄, L₄₋₅, L₅-S₁ позвоночно-двигательных сегментов. Жидкость в полости малого таза, пациентка была направлена на консультацию к гинекологу. Заключение гинеколога от 24.04.2021 г.: экстренной гинекологической патологии не обнаружено. Установлен постменопаузальный статус. Рекомендовано наблюдение у гинеколога по месту жительства. КТ костей таза от 28.04.2021 г.: признаки сегментарного псевдомембранозного колита с поражением восходящей кишки и выпотом в брюшной полости. Тазовая дистопия слепой кишки. ДОО 1 ст. крестцово-подвздошных сочленений, обоих тазобедренных суставов. Эрозивный остеохондроз. Спондилоартроз 2-3 ст. с признаками компрессии корешка L₅ слева. В связи с выявленными при КТ изменениями была проведена колоноскопия. Видеоколоноскопия от 30.04.2021 г.: очаговый колит. Полип толстого кишечника. Результаты гистологического исследования: простой аденоматозный полип, хронический атрофический колит. Иммунохроматографически в кале обнаружен токсин В *C. difficile*. В связи с отсутствием диареи и характерных эндоскопических изменений антикломидиальная терапия не назначалась. Выпот в брюшной полости был расценен как проявление полисерозита. В ходе стационарного лечения проведена бронхоскопия: очаговое фибринозное воспаление трахеи и видимых бронхов правого легкого. Выполнен бронхоальвеолярный лаваж участка консолидации в правом легком, в жидкости БАЛ выявлена плоскоклеточная метоплазия клеток бронхиального эпителия, эозинофильная инфильтрация и пролиферация альвеолярных макрофагов. Элементы грибов и признаки новообразования отсутствуют. Эхокардиография от 20.04.2021 г.: признаки умеренной легочной ги-

пертензии (36 мм рт. ст.). Незначительное количество жидкости в перикарде. Исследование функции внешнего дыхания от 14.04.2021 г.: вентиляционная функция легких в норме, бронходилатационный тест положительный. Прирост объема форсированного выдоха за 1 секунду составил 20% (550 мл). КТ придаточных пазух носа от 28.04.2021 г.: катаральный полисинусит, киста правой гайморовой пазухи.

В результате проведенного обследования у пациента были выявлены все 6 классификационных критериев синдрома Черджа-Стросс:

1. наличие бронхиальной астмы;
2. эозинофилия крови, равная 61,2%;
3. периферическая мононейропатия – нейропатия седалищного нерва;
4. мигрирующие легочные инфильтраты (в обоих легких обнаруживались массивные субплевральные и периваскулярные участки гиповентиляции по типу «матового стекла»);
5. патология околоносовых пазух (катаральный полисинусит);
6. внесосудистая эозинофилия (большое количество эозинофилов в мокроте, в жидкости бронхоальвеолярного лаважа).

Соответствие диагностическим критериям позволило поставить диагноз болезни Черджа-Стросс (с чувствительностью 85% и специфичностью 99%). Заключительный клинический диагноз – синдром Черджа-Стросс (эозинофильный гранулематоз с полиангиитом): бронхиальная астма, аллергическая форма, персистирующее течение средней степени тяжести, обострение. ХДН 0 ст. Катаральный полисинусит. Круглогодичный аллергический ринит, средней степени тяжести, персистирующее течение. Гиперэозинофилия. Гипериммуноглобулинемия. Полисерозит (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, выпот в брюшной полости, жидкость в дуэглосовом пространстве). Мононеврит (нейропатия седалищного нерва).

Было проведено следующее лечение: преднизолон 50 мг в сутки внутрь, габапентин 300 мг по 1 таблетке 5 раз в сутки; тиамина гидрохлорид 5%-1,0 мл внутримышечно через 1 день; омега-3 20 мг по 1 капсуле 2 раза в сутки; беклометазон УДВ (400 мкг/мл) по 2 мл (800 мкг) 2 раза в сутки через небулайзер.

В результате проведенного лечения исчезли клинические признаки бронхиальной обструкции, нормализовалась температура тела, уменьшился болевой синдром в правой ноге, уменьшилась эозинофилия периферической крови до 0,4%, нормализовалось СОЭ (12 мм/ч), С-реактивный белок снизился до 9 мг/л. Также отмечена положительная динамика по данным КТ ОГК. В частности, при сравнении данных от 07.04.2021 г. и 19.04.2021 г. (7-й день лечения) определялась смешанная динамика: изменения в верхних и средних отделах легких стали менее плотными, но появились новые инфильтраты в нижних долях обоих легких. Двусто-

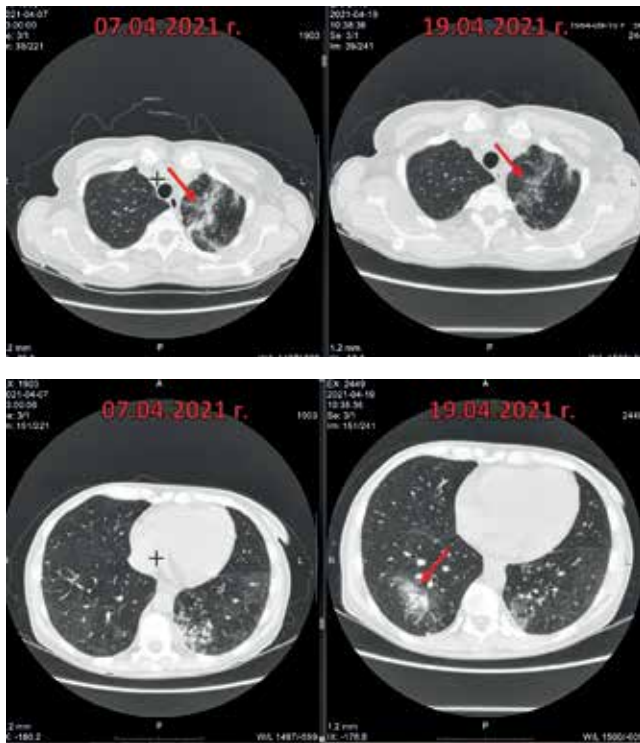


Рис. 2. Пациентка Л. Динамика КТ ОГК от 07.04.2021 г. (слева) и 19.04.2021 г. (справа).
Описание в тексте

Fig. 2. Patient L. Changes in chest CT as of April 7, 2021 (on the left) and April 19, 2021 (on the right) Described in the text

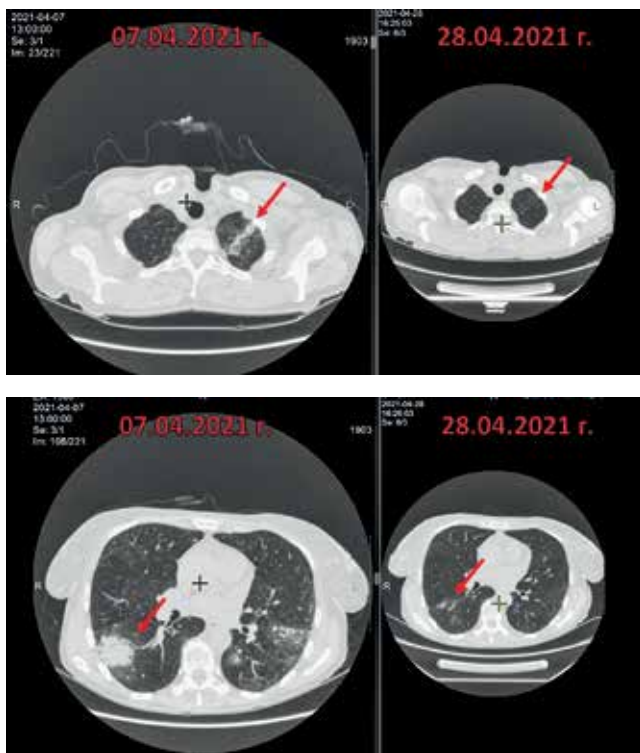


Рис. 3. Пациентка Л. Динамика КТ ОГК от 07.04.2021 г. и 28.04.2021 г. – 16 день лечения

Fig. 3. Patient L. Changes in chest CT as of April 07, 2021 and April 28, 2021 – day 16 of treatment

ронный следовой плевральный выпот. Малый выпот в перикарде. Малый выпот в брюшной полости. Отек подкожной клетчатки (рис. 2)

При КТ ОГК 28.04.2021 г. (16-й день лечения): динамика положительная, изменения в обоих легких стали менее плотными, размеры их уменьшились; на месте зон консолидации полосы паренхиматозного уплотнения, зоны «матового стекла» слабо выражены. Двусторонний следовой плевральный выпот. Отек подкожной клетчатки, положительная динамика (рис. 3).

Пациентка выписана 30.04.2021 г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение пульмонолога, ревматолога, невролога

Комментарий

Клинический случай пациентки Л., 47 лет демонстрирует сложности диагностики редких аутоиммунных заболеваний, таких как синдром Черджа-Стросс, показывает, насколько важно учитывать полный спектр клинических проявлений, лабораторных показателей и инструментальных методов для постановки правильного диагноза.

Ключевым моментом клинической картины являлось длительное отсутствие адекватной интерпретации результатов анализов крови и визуализирующих исследований. Выраженный лейкоцитоз, эозинофилия в сочетании с высоким уровнем IgE должны были бы сразу привлечь внимание врачей к возможности системного эозинофильного процесса. Вместо этого основной акцент делался на респираторные жалобы, обусловившие первоначальный диагноз «бронхиальная астма». Другой фактор, способствовавший задержке диагностики, заключался в ошибочной трактовке данных КТ ОГК. Структурные изменения (очаги гиповентиляции типа «матового стекла») оказались похожи на таковые при новой коронавирусной инфекции, что вызвало неправильную оценку врачом состояния пациентки. Между тем, такая же КТ картина может наблюдаться и при синдроме Черджа-Стросс и других аутоиммунных заболеваниях. Также отсутствие реакции на стандартную антибактериальную терапию должно было насторожить врачей относительно возможного аутоиммунного компонента патологии.

Таким образом, неверная диагностика привела к длительному применению антибиотиков и противокашлевых препаратов без эффекта. Только комплексное сопоставление всех имеющихся данных позволило установить правильный диагноз – синдром Черджа-Стросс и начать соответствующее лечение глюкокортикоидами, обеспечившее быстрое облегчение симптомов и восстановление функциональных возможностей пациентки. Важно отметить, что окончательный диагноз был поставлен спустя пять месяцев после появления первых симптомов болезни.

Несмотря на то, что данное заболевание встречается в клинической практике крайне редко, врачи разных специальностей, особенно пульмонологи, ревматологи и терапевты, должны быть осведомлены о возможности его возникновения у своих паци-

ентов. Своевременная диагностика и соответствующая патогенетическая терапия могут предотвратить необратимое повреждение органов и значительно улучшить прогноз для пациентов с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare there is no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашева Т.В., Нестеренко О.И., Задюнченко В.С., Харьковская М.С., Саморукова Е.И. Клинический случай синдрома Чарджа-Стросс: трудности диагностики, терапевтическая тактика // Архив внутренней медицины. – 2016. – Т. 5, № 31. – С. 63-69. <http://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-5-63-69>
2. Бродская О.Н. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом в практике врача-пульмонолога // Астма и аллергия. – 2018. – № 2. – С. 3-7.
3. Войцеховский В.В., Погребная М.В., Гоборов Н.Д., Фомина О.П., Горячева С.А. Особенности диагностики и лечения синдрома Черджа-Стросс // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2017. – № 64. – С. 79-87.
4. Захарова Е.В. ANCA-ассоциированные и криоглобулинемические васкулиты: диагностика и лечение // Нефрология и диализ. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 6-25.
5. Жанузаков М.А., Жакыпова Ж.О., Селедцов В.П., Мукатова А.М., Бопаяева М.К., Мусимхан М.К. Трудности диагностики эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (синдром Черджа-Стросса) // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2014. – № 3. – С. 77-81.
6. Моисеев С.В., Новиков П.И., Загвоздкина Е.С. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черга-Стросс): рекомендации по диагностике и лечению // Клиническая фармакология и терапия. – 2016. – Т. 25, № 3. – С. 73-78.
7. Норкина А.С., Зотова Л.А., Никуленкова Н.Е. Клинический случай поздней диагностики болезни Черджа-Стросс // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. – Т. 3, № 81. – С. 65-67. <http://doi.org/10.23670/IRJ.2019.81.3.010>
8. Watts R.A., Mahr A., Mohammad A.J., Gatenby P., Basu N., Flores-Suárez L.F. Classification, epidemiology and clinical subgrouping of antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitis // Nephrology, Dialysis, Transplantation. – 2015. – Vol. 30, № 1. – P. 14-22. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv022>
9. Watts R.A., Lane S.E., Scott D.G., Koldingsnes W., Nossent H., Gonzalez-Gay M.A., Garcia-Porrúa C., Ben-tham G.A. Epidemiology of vasculitis in Europe // Annals of Rheumatic Diseases. – 2001. – Vol. 60, № 12. – P. 1156-1157. <https://doi.org/10.1136/ard.60.12.1156a>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ
426039, Россия, Удмуртская Республика, г. Ижевск,
ул. Воткинское шоссе, д. 57
Тел.: +7 (3412) 42-54-88

Галиханова Юлия Ивановна

Аспирант кафедры факультетской терапии с курсами
эндокринологии и гематологии,
врач-пульмонолог БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР»
E-mail: galihanova_julia@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0005-4925>

REFERENCES

1. Adasheva T.V., Nesterenko O.I., Zadionchenko V.S., Kharkova M.S., Samorukova E.I. Clinical case Churg-Strauss syndrome: difficulties in the diagnosis, therapeutic tactics. *The Russian Archives of Internal Medicine*, 2016, vol. 5, no. 31, pp. 63-69. (In Russ.) <http://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-5-63-69>
2. Brodskaya O.N. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis in the practice of a pulmonologist. *Astma i Allergiya*, 2018, no. 2, pp. 3-7. (In Russ.)
3. Voytsehovskiy V.V., Pogrebnaya M.V., Goborov N.D., Fomina O.P., Goryacheva S.A. Peculiarities of diagnosis and treatment of Churg-Strauss syndrome. *Bulletin Physiology and Pathology of Respiration*, 2017, no. 64, pp. 79-87. (In Russ.)
4. Zakharova E.V. ANCA-associated and cryoglobulinemic vasculitis: diagnostics and treatment. *Nephrology and Dialysis*, 2005, vol. 7, no. 1, pp. 6-25. (In Russ.)
5. Zhanuzakov M.A., Zhakypova Zh.O., Seledtsov V.P., Mukatova A.M., Bopaeva M.K., Musimkhan M.K. Difficulties in diagnosing eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome). *Vestnik Almatinskogo Gosudarstvennogo Instituta Usovershenstvovaniya Vrachey*, 2014, no. 3, pp. 77-81. (In Russ.)
6. Moiseev S.V., Novikov P.I., Zagvozdskina E.S. Practical guidelines for diagnosis and treatment of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss). *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2016, vol. 25, no. 3, pp. 73-78. (In Russ.)
7. Norkina A.S., Zotova L.A., Nikulenkov N.E. Clinical case of late diagnostics of Churg-Strauss disease. *International Research Journal*, 2019, vol. 3, no. 81, pp. 65-67. (In Russ.) <http://doi.org/10.23670/IRJ.2019.81.3.010>
8. Watts R.A., Mahr A., Mohammad A.J., Gatenby P., Basu N., Flores-Suárez L.F. Classification, epidemiology and clinical subgrouping of antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 2015, vol. 30, no. 1, pp. 14-22. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv022>
9. Watts R.A., Lane S.E., Scott D.G., Koldingsnes W., Nossent H., Gonzalez-Gay M.A., Garcia-Porrúa C., Ben-tham G.A. Epidemiology of vasculitis in Europe. *Annals of Rheumatic Diseases*, 2001, vol. 60, no. 12, pp. 1156-1157. <https://doi.org/10.1136/ard.60.12.1156a>

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Izhevsk State Medical Academy, Russian Ministry of Health
57 Votkinskoye Highway, Izhevsk, Udmurtiya Republic,
Russia, 426039
Phone: +7 (3412) 42-54-88

Yulia I. Galikhanova

Post-Graduate Student of Faculty Therapy Department
with the Training Course in Endocrinology and Hematology,
Pulmonologist, First Republican Clinical Hospital,
Ministry of Health of Udmurtiya Republic
Email: galihanova_julia@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0005-4925>

Шкляев Алексей Евгеньевич

Д. м. н., ректор, профессор кафедры
факультетской терапии с курсами эндокринологии
и гематологии
E-mail: shklyaevalleksey@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2281-1333>

Пантюхина Ангелина Сергеевна

К. м. н., ассистент кафедры факультетской терапии
с курсами эндокринологии и гематологии
E-mail: pantyukhina1985@yandex.ru
<https://orcid.org/0009-0004-3352-0907>

БУЗ УР «Первая Республиканская
клиническая больница МЗ УР»
426039, Россия, Удмуртская Республика, г. Ижевск,
ул. Воткинское шоссе, д. 57
Тел.: +7 (3412) 46-32-70

Муравцева Ольга Васильевна

К. м. н., заместитель главного врача
по медицинской части,
главный внештатный терапевт МЗ
Удмуртской Республики
E-mail: olgamuravtseva1976@gmail.com

Стародубцева Оксана Ивановна

К. м. н., заведующая пульмонологическим отделением,
главный внештатный пульмонолог МЗ
Удмуртской Республики
E-mail: staroduboksan@mail.ru

Малыгина Алина Салимовна

Врач-пульмонолог
E-mail: alinamalygina92@gmail.com

Aleksey E. Shklyayev

Doctor of Medical Sciences, Rector,
Professor of Faculty Therapy Department with the Training
Course in Endocrinology and Hematology
Email: shklyaevalleksey@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2281-1333>

Angelina S. Pantyukhina

Candidate of Medical Sciences,
Assistant of Faculty Therapy Department with the Training
Course in Endocrinology and Hematology
Email: pantyukhina1985@yandex.ru
<https://orcid.org/0009-0004-3352-0907>

First Republican Clinical Hospital,
Ministry of Health of Udmurtiya Republic
57 Votkinskoye Highway, Izhevsk, Udmurtiya Republic,
Russia, 426039
Phone: +7 (3412) 46-32-70

Olga V. Muravtseva

Candidate of Medical Sciences, Deputy Head Physician for
Medical Activities, Chief Expert General Practitioner
of Ministry of Health of Udmurtiya Republic
Email: olgamuravtseva1976@gmail.com

Oksana I. Starodubtseva

Candidate of Medical Sciences, Head of Pulmonology
Department, Chief Expert Pulmonologist of Ministry
of Health of Udmurtiya Republic
Email: staroduboksan@mail.ru

Alina S. Malygina

Pulmonologist
Email: alinamalygina92@gmail.com

Поступила 27.10.2024

Submitted as of 27.10.2024