

К Л И Н И Ч Е С К И Й С Л У Ч А Й

УДК 616.5-044:616.9

Інфекційні ускладнення у хворого на системну склеродермію з поліорганими ураженнями: клінічний випадок

В.М. Ждан, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна, М.В. Ткаченко, О.Є. Кітура

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У статті представлено клінічний випадок підгострого перебігу системної склеродермії з поліорганими ураженнями легень (пневмофіброз, легенева гіпертензія), серця (рестриктивна кардіоміопатія, тріпотіння передсердь), нирок (нефрит) з приєднанням тяжких інфекційних ускладнень (септицемія, флегмона м'яких тканин лівої ноги).

Ключові слова: системна склеродермія, поліорганими ураження легень, серця, нирок, флегмона м'яких тканин, сепсис.

Infectious complications of a patient with systemic scleroderma with multiple organ lesions: a clinical case

V.M. Zhdan, Ye.M. Kitura, M.Yu. Babanina, M.V. Tkachenko, O.Ye. Kitura

The article presents a clinical case of acute course of systemic scleroderma with multiple organ lesions: lungs (pneumofibrosis, pulmonary hypertension), heart (restrictive cardiomyopathy, atrial flutter), kidney (nephritis), with severe infectious complications (septicemia, soft tissue phlegmon of left leg).

Key words: systemic scleroderma, multiple organ of lungs, heart, kidney, soft tissue phlegmon, sepsis.

Инфекционные осложнения у больного системной склеродермией с полиорганными поражениями: клинический случай

В.Н. Ждан, Е.М. Китура, М.Ю. Бабанина, М.В. Ткаченко, О.Е. Китура

В статье представлен клинический случай подострого течения системной склеродермии с полиорганными поражениями легких (пневмофиброз, легочная гипертензия), сердца (рестриктивная кардиомиопатия, трепетание предсердий), почек (нефрит) с присоединением тяжелых инфекционных осложнений (септицемия, флегмона мягких тканей левой нижней конечности). **Ключевые слова:** системная склеродермия, полиорганные поражения легких, сердца, почек, флегмона мягких тканей, сепсис.

Системна склеродермія (ССД) - аутоімунне захворювання сполучної тканини з характерним ураженням шкіри, судин, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (нирки, серце, легені, травний канал), в основі якого лежить порушення мікроциркуляції, запалення і генералізований фіброз. Це захворювання поширене у всьому світі. Середня захворюваність становить 12-14 випадків на 1 млн населення. Хворіють зазвичай особи у віці 30-40 років, жінки хворіють у 4-8 разів частіше чоловіків (співвідношення 7:1) [3].

На попередньому етапі діагностики особливе значення має триада початкових ознак захворювання: синдром Рейно, характерне ураження шкіри, суглобовий синдром. Надалі в процес залучаються численні органи і тканини. Вісцеральні ураження при ССД досить різноманітні і визначають характер перебігу хвороби та її прогноз. У літературних джерелах періодично публікуються випадки з практики, в яких описуються незвичайні варіанти клінічного перебігу ССД та її ускладнень [2, 7]. Ураження серцево-судинної системи є одним із основних вісцеральних проявів ССД, при цьому в процес втягаються перикард і судини всіх калібрів, часто поєднане ураження.

Характерні два типи ураження легень:

- дифузний пневмосклероз переважно базальних відділів, іноді з кістозної перебудовою, фіброзуючий альвеоліт;
- легенева гіпертензія - ізольована або в поєднанні з дифузним пневмосклерозом.

Можливе ураження всіх відділів травного тракту, проте частіше виявляють ураження стравоходу, ураження кишечника, з порушенням всмоктування і ознаками непрохідності, а також виразки ураження. Ураження нирок, що діагносту-

ють у 10-20% хворих, є одним з несприятливих факторів, що впливають на виживання хворих ССД.

Інфекційні ускладнення посідають одне з провідних місць у структурі смертності пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини (СЗСТ), поряд з кардіоваску-лярними і онкологічними захворюваннями [2, 4]. На підставі аналізу ретроспективних даних встановлено, що частота ко-морбідних інфекцій у стаціонарних пацієнтів з ревматичними захворюваннями становила 9,7% з переважним ураженням органів дихання (44%), сечовивідних шляхів (29,2%), шкіри і м'яких тканин (18,9%). Найбільш часто коморбідні інфекції зустрічалися у хворих системним червоним вівча-ком (СЧВ) (28,4%) і ревматоїдним артритом (13,2%). Встановлено, що близько 50% хворих СЧВ переносять серйозні епізоди інфекцій під час хвороби [1]. Інфекції становлять 2-9% усіх причин смерті хворих на ССД [8]. Реєструють випадки тяжких інфекцій (пневмонія, сепсис, бактеріальний артрит, ураження шкіри і м'яких тканин тощо), у тому числі з летальним наслідком.

Ревматичні захворювання, у тому числі системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ), часто виникають внаслідок вторинного імунодефіциту. Застосування імуно-супресивних засобів (ГКС і цитостатиків) у таких пацієнтів, з одного боку, є необхідним, позаяк знизити активність аутоімунного процесу без них неможливо, з іншого боку, поглиблення існуючого у таких хворих імунодефіциту підвищує ймовірність активізації інфекції. Одним із побічних ефектів НСПЗП і цитостатиків може бути нейтропенія, агранулоцитоз, що пов'язане з високим ризиком бактеріальної інфекції. На тлі переважних дефектів гуморального імунітету

(В-ланки) переважають бактеріальні (стафілококові, стрептококові й ін.) інфекції [1, 2, 9].

Актуальність даної проблеми обумовлена складністю з'ясування першопричини захворювання, позаяк системна реакція організму може бути спричинена як інфекційними, так і неінфекційними процесами; складністю інтерпретації змін об'єктивних і лабораторних даних (лихоманка, тахікардія, тахіпноє, зміни лейкоформули) і вибору тактики ведення пацієнтів з дифузними захворюваннями сполучної тканини (ДЗСТ) і сепсисом. Чимало ускладнюють діагностику як наявність схожих симптомів, пов'язаних з активним процесом при ревматичних захворюваннях, так і імуносупресивна терапія, яка є провідним фактором ризику приєднання інфекції і маскування її клінічних симптомів [1, 4, 10].

Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що перебігають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. Наводимо клінічний випадок, який, на нашу думку, може представляти певний клінічний інтерес.

Хворий 3., 26 років, хворіє з 2016 року на системну склеродермію, тоді ж з'явилися ознаки синдрому Рейно (блідість, ціаноз, гіперемія кистей рук і стоп). Пізніше приєдналися щільний набряк шкіри, гіперпигментація кистей рук, обличчя, телеангіо-ектазії на обличчі, біль і обмеження рухів в суглобах кистей рук.

У ревматологічному відділенні після обстеження було встановлено діагноз: ССД, дифузна форма, підгострий перебіг, активність II, з ураженням шкіри - індурація, набряк, гіперпигментація; судин - синдром Рейно; легень - базальний пневмосклероз, травного тракту - рефлюкс езофагіт. Отримувач терапію: метилпреднізолон 16 мг, ендоксан, вазпрос-тан, дипіридамол.

Після проведеної терапії загальний стан покращився, нормалізувались лабораторні показники, пацієнту було рекомендовано зниження дози метилпреднізолону, продовжити терапію ендоксаном.

Стан хворого погіршився у 2019 році після переохолодження. З'явилися слабкість, задишка, біль і набряк нижніх кінцівок, підвищилася температура тіла - 37,3-38,5°C. Хворий був госпіталізований у ревматологічне відділення з наступним переведенням у хірургію.

Стан хворого під час госпіталізації тяжкий. Положення вимушене через біль у нижніх кінцівках. Шкірні покриви обличчя, шиї, тулубу, кінцівок ущільнені, гіперпигментовані, сухі. Симптом «кисета» навколо рота. Дифузний ціаноз, частота дихальних рухів (ЧДР) - 22 за 1 хв. У легенях на тлі жорсткого дихання розсіяні сухі хрипи, нижче кута лопатки крепітація з обох сторін. Пульс 120 в 1', аритмічний, АТ 80/40 мм рт.ст. Ліва межа серця про передній аксилярний ліній, права - по парастернальній лінії. Діяльність серця аритмічна, тони ослаблені, на верхівці систолічний шум. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає на 1,5-2,0 см нижче реберної дуги. Набряк і гіперемія лівої гомілки і стегна, в ділянці середньої третини стегна - флюктуація.

При обстеженні проводили клінічний аналіз крові: еритроцити - $1,38 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $22,3 \times 10^9/л$, гемоглобін - 27 г/л, тромбоцити - $5,22 \times 10^9/л$,

- ШОЕ - 75 мм/год, у формулі - паличко-ядерні - 12%, лімфоцити - 4%.

Аналіз сечі: питома вага - 1014, білок - 0,22 г/добу, лейкоцити - 2-4 п/з, еритроцити - 1-2 п/з, добовий діурез - 350-400 мл.

Біохімічний аналіз крові: білок загальний 47,9 г/л, сечовина - 6,8 ммоль/л, креатинін - 64 мкмоль/л, загальний білірубін - 7,1 ммоль/л, АлАТ - 31 ммоль/л, АсАТ - 27 ммоль/л, К - 3 ммоль/л, Na - 130 ммоль/л, загальний - 2,4 ммоль/л,

фібриноген - 6,66 г/л, протромбіновий індекс - 129%, МНВ - 0,77. Посів крові двічі - висіяний *Staphylococcus aureus*.

Спіральна комп'ютерна томографія органів грудної і черевної порожнини: інтерстеціальний дифузний пневмосклероз, у плевральних синусах рівні рідини, межі серця розширені, селезінка - контур рівний, структура однорідна, в розмірах збільшена - 130x97 мм. Висновок: кардіоміопатія, двосторонній ексудативний плеврит, спленомегалія.

ЕхоКС: дилатація порожнин серця, низька скоротлива здатність міокарда лівого шлуночка (ЛШ), ФВ - 31%. Недостатність мітрального клапана II-III ст. Недостатність трикуспідального клапана. Легенева гіпертензія, систолічний тиск у легеневій артерії - 35 мм рт.ст.

ЕКГ: тріпотіння передсердь 2:1; 3:1. Відхилення ЕРС вліво. Часта поодинокі та спарена шлуночкова екстрасистолія. Блокада передньої лівої гілки пучка Гіса. Гіпертрофія ЛШ з ознаками перенавантаження та ішемії бокової стінки.

Фіброгастроскопія (ФГСД) - еритематозна гастропатія. Ректорманоскопія: виразковий коліт.

Встановлено клінічний діагноз: системна склеродермія, підгострий перебіг, акт. III з ураженням шкіри - індурація, набряк, гіперпигментація; судин - синдром Рейно, легенева гіпертензія I стадія; серця - рестриктивна кардіо-оміопатія, недостатність мітрального клапана II-III стадія, трикуспідального клапана II стадія; перистуюча форма тріпотіння передсердь, неправильна форма (2:1; 3:1), та-хістолічний варіант, СНА2D52VAsc -1бал, HAS BLED - 1 бал; шлуночкова екстрасистолія. СН ІІА зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ - 31%) ФК III; травного тракту - рефлюкс-езофагіт, хронічний гастродуоденіт в стадії помірного загострення, виразковий коліт, легень - пневмофіброз ДН I, нирок - склеродермічна нефропатія, ХНН I.

Ускладнення: стафілококовий сепсис, флегмона м'яких тканин лівої нижньої кінцівки. Хронічна постгеморагічна анемія тяжкого ступеня.

У хірургічному відділенні проведено широкий розтин і дренивання ураженої ділянки. Розпочата антибактеріальна терапія (ванкоміцин, амікацин), солю-медрол внутрішньовенно, переливання свіжозамороженої плазми, еритроци-тарної маси, реополіглюкін, пантопрозол, аміодарон. На тлі отримуваної терапії спостерігалася позитивна динаміка, покращення загального стану хворого, клініко-лабораторних показників. Виписаний у задовільному стані з рекомендацією продовжити терапію антибіотиками до одного місяця (левофлоксацин).

Представлений клінічний випадок наочно демонструє тяжкий підгострий перебіг з поліорганными ураженнями: легень, серця, нирок, травного тракту. На тлі імунodefіциту приєдналися тяжкі інфекційні ускладнення, зокрема септицемія, флегмона м'яких тканин, флегмона м'яких тканин, зі складним патогенезом, які зажадали тривалої інтенсивної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що перебігають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. Особливістю клінічного перебігу гнійно-септичних ускладнень у пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини є ареактивність, стертість класичних проявів інфекції, тяжкий перебіг, несприятливий прогноз.

2. При курації хворих з ревматичними захворюваннями слід звертати увагу на наявність факторів ризику, при яких імовірність розвитку коморбідних інфекцій підвищується, а також важливо визначити ранні симптоми інфекційного ускладнення.

Сведения об авторах

Ждан Вячеслав Николаевич - Кафедра семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 60-20-51

Китура Евдокия Михайловна - Кафедра семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 60-95-80, (050) 756-02-98. E-mail: fmedicine@mail.ru

Бабанина Марина Юрьевна - Кафедра семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 60-95-80, (050) 983-21-32

Ткаченко Максим Васильевич - Кафедра семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 60-95-80, (099) 483-39-00

Китура Оксана Евгеньевна - Кафедра внутренних болезней и медицины неотложных состояний Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (05322) 2-14-50

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волкова С.Ю., Фадиенко Г.Р., Медведова И.В. Системная красная волчанка и сепсис. Клиническая медицина. 2002;7:54-59.
2. Якименко ЕА, Закатова Л.В., Тбилили В.В., Антипова Н.Н., Тихончук Н.С. Сепсис при ревматических заболеваниях. Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. 2018. №1. С18-27.
3. національний підручник з ревматології. Київ: Моріон;2013:254-268.
4. Краснослободский А.И. Аспекты диагностики и лечения хирургических гнойно-септических осложнений при вторичном иммунодефиците. Шпитальна хірургія. 2013:70-71.
5. Манукян С.Г. Коморбидные инфекции при ревматических заболеваниях: распространенность, факторы риска, фармакологические аспекты. Коваленко В.М., Шуба Н.М. N-erythematosus. М., 2008.
6. Barrett O., Abramovich E., Dreijer J., Novack V., Mahmoud Abu-Shakra. Mortality due to sepsis In Patients with Systemic lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. IMAJ. 2014 October;16:634-635.
7. Infectious complications of systemic sclerosis. La Presse Med. 2009 Feb;38(2):291-302.
8. Kang I., Park S.H. Infectious complications in SLE after immunosuppressive therapies. Curr Opin Rheumatol 2003;15(5):528-34.
9. Listing J., Gerhold K., Zink F. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment, Rheumatology. 20131 January;52(1):53-61.
10. Ruiz-Iratorza G.I., Olivares N., Egurbide M.V., Aguirre C. Predictors of major infections in systemic lupus plications in SLE after immunosuppression. Ter. 2009;11:109.

Статья поступила в редакцию 23.12.2019