

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 генерелізований 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 втягуються перикард і судини всіх калібрів, часто поєднане ураження.

Характерні два типи ураження легень:

- дифузний пневмосклероз переважно базальних відділів, іноді з кісточною 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 виразкові 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 кардіоваскулярними і онкологічними захворюваннями [2, 4]. На підставі аналізу ретроспективних даних встановлено, що частота коморбідних 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 вівчком (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 імунodefіциту. Застосування імуносупресивних 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 імунodefіциту 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, тахіпное, 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 З., 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, гіперпігментація кистей рук, обличчя, телеангіоектазія 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, гіперпігментація; судин – синдром Рейно; легень – базальний пневмосклероз, травного тракту – рефлюкс езофагіт. Отримував терапію: метилпреднізолон 16 мг, ендоксан, вазпростан, 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, гіперпігментовані, 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 аксиллярній лінії, 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 – флуктуація.

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 – 130×97 мм. Висновок: кардіоміопатія, двосторонній ексудативний плеврит, спленомегалія.

ЕхоКС: дилатація порожнини 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 ЕВС вліво. Часта поодинокі та спарені шлуночкова екстрасистоля. Блокада передньої лівої гілки пучка Гіса. Гіпертрофія ЛШ з ознаками перенавантаження та ішемії бокової стінки.

Фіброгастроскопія (ФГСД) – еритематозна гастропатія. Ректороманоскопія: виразковий коліт.

Встановлено клінічний діагноз: системна склеродермія, підгострий перебіг, акт. III з ураженням шкіри – індурація, набряк, гіперпігментація; судин – синдром Рейно, легенева гіпертензія I стадія; серця – рестриктивна кардіоміопатія, недостатність мітрального клапана II–III стадія, трикуспідального клапана II стадія; персистуюча форма тріпотіння передсердь, неправильна форма (2:1; 3:1), тахісистолічний варіант, CHA2DS2VASc -16 бал, HAS BLED – 1 бал; шлуночкова екстрасистоля. СН ІА 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, еритроцитарної маси, реополіглокін, пантопразол, 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 імунодефіциту 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. Особливості 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., Фадиев Г.Р., Медведева И.В. Системная красная волчанка и сепсис. Клиническая медицина. 2002;7:54-59.
2. Якименко Е.А., Закатова Л.В., Тбилели В.В., Антипова Н.Н., Тихончук Н.С. Сепсис при ревматических заболеваниях. Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. 2018. №1. С18-27.
3. Коваленко В.М., Шуба Н.М. Национальный 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. Автореф. дис. к.мед.н. – 14.00.39. – М., 2008.
6. Barrett O., Abramovich E., Dreither 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. 2013;1 January;52(1):53-61.
10. Ruiz-Irastorza G.I., Olivares N., Ruiz-Arruzo I., Martinez-Berriotxo A., Egurbide M.V., Aguirre C. Predictors of major infections in systemic lupus erythematosus. Arthritis Res Ther. 2009;11:109.

*Статья поступила в редакцию 23.12.2019*