

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

***Якупова И.Х., Бурганова А.Н., Куватова Н.Д., Ширяев А.П.,
Бердыев А.С., Зубаирова Г.Р., Файзулова Г.И.***

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия.

Аннотация. Значимость острых кишечных инфекций на сегодняшний день определяется не только их высокой распространенностью, но и частотой неблагоприятных последствий в исходе заболевания. Анализ тяжелых форм острой диареи показал, что позднее поступление и преморбидный фон является наиболее частой причиной декомпенсации фоновых заболеваний [2, 3]. Повышенная восприимчивость этой категории пациентов к инфекциям обусловлена несколькими факторами: снижением местного и общего иммунитета, изменениями фармакокинетики антимикробных препаратов.

В статье приведен клинический случай острого гастроэнтерита, осложненного сепсисом, на фоне генерализованного псориаза, у женщины средних лет, находившейся на стационарном лечении в ИКБ №4 г. Уфа.

Ключевые слова: острый гастроэнтерит, псориаз, сепсис, гиповолемический шок.

THE CLINICAL COURSE OF INTESTINAL INFECTIONS ON THE BACKGROUND OF DISSEMINATED FORMS OF PSORIASIS

***Yakupov I.H., Burganova A.N., Kuvatova N.D., Shiryayev A.P.,
Berdyev A.S., Zubairova G.R., Faizullova G.I.***

Bashkir state medical University, Ufa, Russia.

Abstract. The significance of acute intestinal infections today is determined not only by their high prevalence, but also by the frequency of adverse effects in the outcome of the disease. Analysis of severe forms of acute diarrhea showed that late admission and premorbid background is the most common cause of decompensation of background diseases.

The increased susceptibility of this category of patients to infections is due to several factors: a decrease in local and General immunity, changes in the pharmacokinetics of antimicrobial drugs.

The article reflects a clinical case of acute gastroenteritis, complicated by sepsis, on the background of generalized psoriasis, disseminated form in a middle-aged woman, who was on inpatient treatment in ICD №4 of Ufa.

Key words: acute gastroenteritis, psoriasis, sepsis, hypovolemic shock.

Пациентка больна псориазом в течение 9 лет. Больная в экстренном порядке поступает в инфекционную больницу с предварительным диагнозом – острый гастроэнтерит, позднее поступление. Заболела остро неделю назад, с повышением температуры тела до 38-40 градусов, многократной рвотой, жидким стулом по 10 раз ежедневно в течение 6 дней, слабостью, головокружением, усилением кожных проявлений. Объективно на момент госпитализации: состояние очень тяжелое, обусловлено выраженным токсико-метаболическим нарушением, нестабильной гемодинамикой, хронической сердечной недостаточностью. Сознание не нарушено, вялая, положение пассивное. Больная к контакту доступна, на вопросы отвечает правильно. Жалобы при осмотре: на слабость, боли в животе, жидкий стул.

На коже элементы генерализованного псориаза, вся поверхность кожи покрыта язвами с эрозиями, с эксудацией и мокнутием. Местами имеются папулы и участки пигментации, кровоизлияния. Грибковое поражение кожи. Ногтевые пластины утолщены, желтого цвета, имеется разрыхление рогового слоя. Периферические лимфатические узлы увеличены, безболезненные. Диурез снижен.

Проявления интоксикации выражены. Телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. На коже выражены проявления распространенного псориаза, кожные покровы смуглой окраски, с цианозом, холодные на ощупь. Мышечный тонус снижен. Гемодинамика нестабильная. АД 80/45, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС до 100 уд. в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Дыхание спонтанное, ритмичное, учащенное, до 30 в мин. Сатурация крови по монитору не определяется. В легких дыхание жесткое, проводится во всех отделах. В нижних отделах проводные и рассеянные влажные хрипы. Перкуторно над легкими зон притупления нет. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот симметричен, участвует в акте дыхания активно, при пальпации отмечается болезненность в нижних отделах, вздут, глубокой пальпации доступен. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Стул жидкий, водянистый, с зеленью до 10 раз.

Больная находилась на стационарном лечении в ИКБ №4 с 18.01.18 по 25.01.18.

На основе жалоб и клинико-лабораторных данных: длительная лихорадка с присоединением гастроэнтерита и прогрессирование клиники

диссеминированного псориаза, явлений острой почечной недостаточности, на отягощенном фоне панцитопении, сахарного диабета 2 типа, был выставлен клинический диагноз: Сепсис. Септикопиемия бактериально-грибковой этиологии, острый гастроэнтерит, нефрит, кандидозный эзофагит, грибковое поражение кожи. Осложнение: гиповолемический шок 2 степени, полиорганная недостаточность.

Сопутствующий диагноз: псориаз, распространенный, прогрессирующий, смешанная форма. Сахарный диабет 2 типа. Ишемическая болезнь сердца.

Больной проводилось лечение: с противовоспалительной целью: в\в глюкокортикостероиды, инфузионная терапия с целью детоксикации (глюкозо-солевые растворы); с целью уменьшения активности трансаминаз, ингибирование протеолитических ферментов: в\в капельно «Гордокс» на физ р-ре, «Реамберин» 1,5%; антибактериальная терапия: «Цефтриаксон» до 2,0 г. в сутки; противогрибковая терапия: «Флуконазол» 400 мг; с целью коррекции уровня сахара крови: введение простого инсулина под контролем уровня глюкозы.

В последующие дни проводилось лечение и наблюдения в динамике:

22.01.18 получены результаты бактериологического анализа крови и обнаружены *St. aureus*, *Pseudomonas aeruginosae*; бактериологический анализ раны на флору: *St. aureus*, *Pseudomonas aeruginosae*; Бактериологический анализ кала: *St. Aureus*, грибы рода *Candida*.

Однако на фоне проводимой терапии состояние больной прогрессивно ухудшалось. Сознание нарушено до оглушения, 13-14 баллов по шкале Глазго. Положение вынужденное, реакции на осмотр снижены. Проявления токсико-метаболических нарушений сохраняется. Кожа бледно-серой окраски, сухая, цианоза нет. В области молочных желез, нижней части живота, паха язвы и эрозии с прогрессивно увеличивающимися участками некроза кожи, обильные мокнутия раневых поверхностей, все кожные покровы болезненны при пальпации. ЧД 22-24 в мин. Сатурация крови 90-92%. В легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы. Гемодинамика не стабильная. ЧСС до 132 уд. в мин. Аритмичный пульс слабого наполнения и напряжения. Диурез снижен до 200 мл.

Больная осмотрена консилиумом врачей. Выставлен диагноз: Иммунодефицитное состояние. Системное заболевание крови. Панцитопения, агранулоцитоз. Бактериальный сепсис смешанной этиологии (пиодермия, пиелонефрит, энтероколит) Осложнения: Полиорганная недостаточность. Сопутствующий диагноз: псориаз, распространенная форма в стадии медикаментозной ремиссии; Сахарный диабет 2 типа, диабетическая Нефропатия.

Данный клинический случай имел неблагоприятный исход. Течение любого инфекционного заболевания тесно сопряжено с иммунной

патологией [1, 7]. При адекватных иммунных реакциях собственные факторы иммунитета способны противостоять действию патогенной микрофлоры [6]. Однако длительное течение аутоиммунного заболевания и лечение его иммуносупрессивными препаратами, такими как: циклоспорин А, который подавляет клеточный и гуморальный иммунные ответы, метатрексат - подавляет синтез ДНК, клеточный митоз и пролиферацию, привел к декомпенсации защитных сил организма.

Список литературы

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни; Учебник для студентов медицинских вузов - СПб.: СпецЛит, - 2015. – 726 с.
2. Инфекционно-токсический шок в клинике инфекционных болезней [Электронный ресурс]: учеб.метод.пособие / ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский ун-т МЗ и соцразвития РФ»; Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский Государственный медицинский ун-т / А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова - Уфа: БГМУ, - 2009-2013. - elibdoc/elib365/doc.
3. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» / Д.А. Валишин - Уфа: БГМУ, - 2014 – 90 с.
4. Острые кишечные инфекции / Д.Х. Хунафина, А.М. Шамсиева, А.Т. Галиева, А.Н. Бурганова - Уфа: БГМУ, - 2008. – 94 с.
5. Современный взгляд на этиологию и патогенез псориаза / Н.В. Толмачева, А.С. Анисимова // Фундаментальные исследования – 2015. – №1-10. – С. 2118-2121.
6. Хасанова Г.М., Борискова К.И., Хасанова А.Н., Калимуллина Л.М. Клинико-лабораторные проявления вирусных диарей у детей на современном этапе / Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: материалы межрегиональной научно-практической конференции - Саранск - 2017. - С. 231-235.
7. Хасанова Г.М. Актуальные аспекты иммунопатогенеза, витаминно-микроэлементного баланса и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом: диссер. ... д.м.н. – М.: ГОУВПО «Российский университет дружбы народов» – 2012. – 316 с.

© Якупова И.Х., Бурганова А.Н., Куватова Н.Д., Ширяев А.П., Бердыев А.С., Зубаирова Г.Р., Файзулова Г.И., 2018.