

Є.Х. Заремба, М.М. Вірна, Л.Б. Ших,
І.В. Буковецька, О.А. Кобзаренко

Львівський національний
медичний університет ім. Данила
Галицького

СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК (клінічний випадок)

Резюме

У статті описано клінічний перебіг системного червоного вовчак, сучасні методи його діагностики та лікування.

Ключові слова

Системний червоний вовчак, клінічний перебіг, діагностика, лікування.

Системний червоний вовчак (СЧВ) — системне аутоімунне захворювання невідомої етіології, що характеризується гіперпродукцією аутоантител до різних компонентів клітинного ядра з розвитком імунозапального ушкодження тканин і внутрішніх органів. Інфекції, захворювання серцево-судинної системи, нирок і ЦНС є найбільш частими причинами смерті хворих. За останні 60 років 5-річне виживання хворих на СЧВ зросло з 50 до 91-97%, проте залишається невизначеним, наскільки це покращення пов'язано з ефективністю лікування, а наскільки — з вчасною діагностикою та раннім початком терапії.

Хвора О, 1969 р.н., звернулася на консультацію 15.09.2017 р. зі скаргами на болі, припухлість та обмеження рухів у лівому променево-зап'ястному суглобі. Вважає себе хворою протягом 1 року. У вересні 2016 р. відмітила коливання температури тіла від 37,6 до 39,8 °С протягом 4 тижнів. Лікувалася стаціонарно в терапевтичному відділенні з діагнозом «хронічний двобічний пієлонефрит у стадії загострення, 2-й ступінь активності». У лабораторних обстеженнях крові: ШОЕ — 35 мм/год, лейкоцити — $6,5 \times 10^9$ /л, гострофазові показники в межах норми, в загальному аналізі сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 8-16 у п. з., перехідний епітелій — 1-2 в п. з. Після проведеного антибактеріального лікування хвора відмітила покращення загального стану, температура тіла нормалізувалася.

Протягом січня 2017 р. з'явилися болі, припухлість та скованість у лівому променево-зап'ястному суглобі. Консультувана ревматологом та проведена рентгенографія лівої кисті (27.12.2016): порушення цілісності кісток не виявлено, суглобові щілини без змін, структури кісток без змін. Висновок: артрит суглобів кіс-

тей. Хворій призначено нестероїдні протизапальні препарати (олфен, афлутоп), після застосування яких відмітила покращення.

Наприкінці березня 2017 р. болі в лівому променево-зап'ястному суглобі збільшилися, кисть набрякла, відмітила на обличчі висипку з тенденцією до поширення на назолабіальні складки. Хворій призначено олфен та метипред 8 мг. На деякий час хворій було краще. Протягом липня симптоми запалення зросли знову. У лабораторних обстеженнях крові виявлено: ШОЕ — 37 мм/год, лейкоцити — $13,4 \times 10^9$ /л, СРБ — 12 мг/л, РФ — 10 МО/мл, АСЛО — 400 МО/мл. Хворій призначено метипред 8 мг зранку та олфен 100 мг, після лікування відмітила покращення. Протягом вересня біль у суглобі збільшився, хвора відзначала виражену скутість у суглобі, обмеження рухів, у зв'язку з чим була направлена на консультацію для уточнення діагнозу.

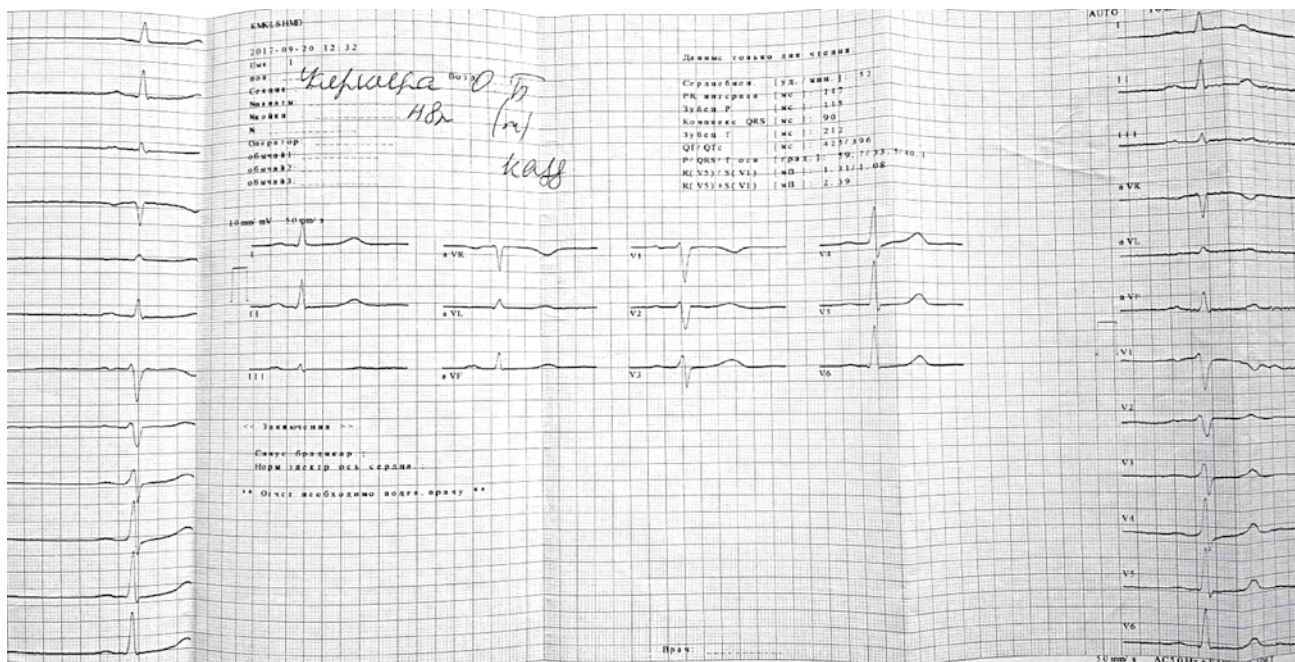
Зростала та розвивалась у задовільних умовах. З анамнезу життя стало відомо, що бабуся хворіла на поліартрит. Перенесені захворювання: хронічний пієлонефрит, артрит колінних суглобів, гепатит (1996 р.), операція з приводу дифузного токсичного зоба (тагемороїдектомія).

Під час об'єктивного огляду стан хворої середньої важкості. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкірні покриви бліді, на обличчі еритематозна висипка з тенденцією до поширення на назолабіальні складки у вигляді «метелика». Видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті, вологі. Підшкірно-жирова тканина розвинена достатньо.

Кістково-суглобова система — лівий променево-зап'ястний суглоб набряклий, об'єм рухів обмежений, болючий при пальпації.

Набряки на нижніх кінцівках відсутні. Температура тіла 36,6 °С. Дихання носом вільне. Оби-

© Є.Х. Заремба, М.М. Вірна, Л.Б. Ших, І.В. Буковецька, О.А. Кобзаренко



потовщений, ЧМС не розширена, без затримки сечі в мисці, ехогенність середня, конкременти — солі. Селезінка в нормі. Щитоподібна залоза — перешийок — 2,7 мм, права частка — 16×12×33, V=3,2 см³, ліва частка — 7×7×15, V=0,4 см³. Структура неоднорідна. Ехогенність знижена. Васкуляризація значно підвищена. Висновок — прооперований дифузно-токсичний зоб.

Під час рентгенографії кистей спостерігали звуження суглобових щілин лівого променево-зап'ястного суглоба.

Під час огляду офтальмолога ДЗН блідо-рожеві, межі чіткі, артерії сітківки звужені з тен-



денцією до випрямлення > OS, вени без особливостей. Висновок: ангіопатія сітківки.

Встановлено клінічний діагноз: Системний червоний вовчак, гострий перебіг, активна фаза, активність II, з переважним ураженням лівого променево-зап'ястного суглоба (ФНС II), шкіри обличчя (у вигляді «метелика»), нирок (хронічний пієлонефрит).

Проведено лікування: Sol. Corvitini 0,5+sol. NaCl 0,9% 50,0 ml в/в крап. 2 рази на день № 10, sol. Glucosae 5% 200,0+sol. Insulini 4 ОД+sol. Ryboxini 10,0+sol. Panangini 10,0 в/в крап. № 10, sol. Ampicillini 1,0 в/м 4 рази на день, sol. Vitamini B₆ 1,0 в/м, sol. Vitamini B₁₂ 1,0 в/м, sol. Acidi ascorbinici 2,0 в/м, tab. Olfeni 100 mg 1 раз на день, tab. Suprastini по 1 таб. 3 рази на день, tab. Rosulip 10 mg 1 раз на день, sol. Prednisoloni 30 mg о 8-й годині ранку в/м, tab. Metipred 8 mg, sol. Нерамерси 10,0 в/в крап.

Після проведеного лікування загальний стан хворої з позитивною динамікою: болі в променево-зап'ястному суглобі не турбують, зменшився набряк суглоба. Хвора з покращенням виписана додому. Перебуває під наглядом ревматолога.

Надійшла до редакції 11.12.2017

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (medical case)

Ye.Kh. Zaremba, M.M. Virna, L.B. Shykh, I.V. Bukovetska, O.A. Kobzarenko

Abstract

The article describes the clinical course of systemic lupus erythematosus, modern methods of its diagnosis and treatment.

Keywords: systemic lupus erythematosus, clinical course, diagnosis, treatment.