

В. І. Десятерик, С. П. Міхно, В. М. Мірошниченко, С. П. Войчак, С. К. Масальський
 Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»
 Дніпро, Україна

V. I. Desyaterik, S. P. Mikhno, V. M. Miroshnitsenko, S. P. Voychak, S. K. Masalsky
 State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine»
 Dnipro, Ukraine

КАНДИДОЗНИЙ СЕПСИС У ТОРАКАЛЬНОГО ХВОРОГО

Candidal sepsis thoracic patient

Резюме

Кандидозна інфекція є актуальною проблемою медичної практики, яка обумовлена складністю її діагностики і важкими ускладненнями при поширенні. У статті представлений клінічний випадок кандидозного сепсису у торакального пацієнта.

Ключові слова: грибкова пневмонія, кандидозний сепсис, діагностика, лікування.

Abstract

Candidiasis infection is an actual problem in medical practice, which is due to the complexity of its diagnosis and severe complications during dissemination. The article presents a clinical case of candidal sepsis in a patient with a thoracic profile.

Keywords: fungal pneumonia, candidiasis sepsis, diagnosis, treatment.

ВСТУП

За останні роки відмічається зростання актуальності кандидозної інфекції, як мультидисциплінарної медичної проблеми. В економічно розвинутих країнах захворюваність на інвазивний кандидоз складає 72–229 випадків на 1 млн населення щорічно [1, 2]. За даними багатьох авторів збудники грибкових інфекцій входять в десятку лідерів серед виявлених патогенних чинників [2, 3]. При цьому частіше кандидемії виникають у пацієнтів з онкологічною патологією (26%) та після хірургічних втручань (близько 19%). Серед пацієнтів хірургічного профілю найвища частота кандидозів визначається в кардіоторакальній і абдомінальній хірургії відповідно 4,3% і 13,5%. Часто грибкові інфекції спостерігаються у пацієнтів з важкими травматичними ушкодженнями та опіковою хворобою.

Кандидози (кандидомікози, кандидіаз) є ендогенною інфекцією, що розвиваються внаслідок інвазії у тканини грибів, найчастіше роду *Candida* (близько 80% випадків), які складають нормальну мікробіоту слизових оболонок організму. Цьому сприяють такі фактори, як зниження захисних можливостей організму (старий вік, наявність імунодефіцитних станів), дизбактеріоз на фоні потужної та неадекватної антибіотикотерапії, наявність тяжких захворювань (рак, цукровий діабет, захворювання крові і т.п.). Канди-

ди заселяють шкіру, слизову рото- і носоглотки, кишківника і транслокація їх може відбуватися через епітелій кишківника. При такому варіанті дисимінації в першу чергу виникає інвазія грибами печінки, селезінки та легень. Другим шляхом розвитку грибкової інфекції є її інвазія через венозні катетери. При цьому органами мішенями стають серце, нирки та легені. Циркуляція грибів у крові не довготривала, після ушкодження ендотелію судин, вони проникають у органи і зумовлюють утворення абсцесів.

Дисиміновані форми кандидозу приводять до розвитку кандидозного сепсису, який характеризується важкими клінічними проявами і високою летальністю (серед окремих груп хворих вона сягає 73%). Діагноз кандидозного сепсису виставляють при виділенні збудника із крові або іншого матеріалу, одержаного не менше ніж з двох анатомічних областей. Результат лікування залежить від своєчасної діагностики збудника та адекватної протигрибкової терапії. Приводимо приклад клінічного спостереження кандидозного сепсису, який демонструє проблеми діагностики кандидозів та їх ускладнень у практичній медицині.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хворий Г., 52 років госпіталізований у відділення торакальної хірургії клінічної лікарні, яка є базою кафедри хірургії, травматології

та ортопедії ФПО Дніпропетровської медичної академії, 26.11.18 з діагнозом: «Піопневмоторакс зліва». Із анамнезу встановлено, що з 01.11.18 пацієнта стали турбувати кашель з виділенням мокротиння, підвищення температури тіла до 38 градусів, біль у лівій частині грудної клітки, недомагання. Лікувався самостійно, приймаючи антибіотик та жарознижуючі препарати. У зв'язку з погіршенням звернувся до сімейного лікаря, при рентгенологічному дослідженні виявлена інфільтрація в верхній долі лівої легені. З підозрою на пухлину легені 14.11.18 був госпіталізований у торакальне відділення онкологічного диспансеру. Після виключення онкологічної патології і дренажу лівої плевральної порожнини 19.11.18 з приводу серозного плевриту, 22.11.19 хворого переведено для лікування у терапевтичне відділення районної лікарні з діагнозом: «Позагоспітальна лівобічна верхньодольова плевропневмонія, ускладнена плевритом». На фоні лікування (левофлоксацин, амоксил-К 625, дексаметоазон, дезінтоксикація) стан хворого погіршився, 23.11.18 посилився біль в лівій половині грудної клітки, задуха, кашель. По дренажу Бюлау із лівої плевральної порожнини відмічена поява серозно-фібринозних виділень з повітрям. На рентгенограмі прояви гідропневмотораксу зліва до рівня VI ребра, підшкірна емфізема. Проведена заміна дренажу. При рентгенологічному контролі від 26.11.18 відмічається колапс лівої легені на 2/3 об'єму, в зв'язку з чим, хворого переведено до відділення торакальної хірургії клінічної лікарні з приводу ускладнення пневмонії піопневмотораксом та флегмоною грудної клітки в області дренажу Бюлау.

У зв'язку з важким станом (прояви розповсюджені підшкірної емфіземи, виражені інтоксикації, дихальної недостатності, порушення гемодинаміки) хворого госпіталізовано у відділення реанімації. 26.11.18 виконано хірургічну обробку флегмони грудної клітки, передренажування лівої плевральної порожнини.

27.11.18 з метою дообстеження виконано ФБС і ФГДС. При цьому встановлено наявність трахеобронхіту 1–2 ступеня, кандидозного езофагіта 3 ступеня, еритаметозної гастропатії. Цитологічно підтверджена наявність в трахеї і стравоході значної кількості псевдоміцелій і спор кандид (*Candida albicans* чутлива до клотримазолу) та мікст бактеріальної флори (*S. Pneumonsae* – 10^5 , *S. Aureus* 10^4). У загальному аналізі крові відмічається виражена анемія (Hb – 84 г/л, еритроцити – $2,9 \times 10^{12}$) лейкопенія (лейкоцити – $3,8 \times 10^9$), інтоксикації: палочкоядерні – 25%, токсична зернистість нейтрофілів – 50%.

Мікроскопічне дослідження вмісту плевральної порожнини підтвердило наявність емпієми

плеври (лейкоцити густо покривають поле зору) з кандидозом. Бактеріологічне дослідження крові росту патогенної флори не дало.

Обстеження на СНІД і туберкульоз – негативні.

При СКТ ОГК виявлено ознаки емпієми плеври зліва, деструктивних змін верхньої частки лівої легені, пневмотораксу зліва, емфіземи шиї, грудної клітки, середостіння.

На УЗД черевної порожнини – ознаки гепатоспленомегалії.

Консиліумом хворому встановлено діагноз: «Гостра позагоспітальна абсцедуюча лівобічна верхньодольова грибоквова пневмонія, ускладнена напруженим піопневмотораксом. Кандидозний сепсис. Поліорганна недостатність».

Проведено курс комплексної терапії з застосуванням протигрибкових препаратів (флуконазол), антибіотикотерапії, за даними бактеріограми. В зв'язку з неефективністю довгострокового застосування флуконазолу, за схемою застосовано препарат воріканазол по 200 мг в/в двічі на добу на протязі 10 діб.

15.01.19 пацієнт виписаний із відділення у задовільному стані для проведення реабілітаційної терапії. При контрольному обстеженні СКТ 02.03.19 відмічається значна позитивна динаміка: наявність сухої відмежованої щілиноподібної порожнини без інфільтрації легеневої тканини. В промивних водах при контрольній ФБС кандиди не виявлено.

ОБГОВОРЕННЯ

Наведене клінічне спостереження демонструє приклад інвазивного кандидозного ураження легень, ускладненого піопневмотораксом і важким сепсисом. Первинним джерелом інфекції послужила гостра кандидозна пневмонія, перебіг якої затягнувся внаслідок самолікування з безсистемним застосуванням антибіотику. В подальшому виникли діагностичні труднощі на догоспітальному етапі, коли рентгенологічна картина кандидозної пневмонії потребувала диференційної діагностики з онкологічною патологією. Важливим в діагностиці є виділення збудника з харкотинням, в бронхіальному секреті і промивних водах дихальних шляхів, а також серологічні методи дослідження – реакція зв'язування комплекменту (РЗК); реакція аглютинації, метод флуоресцентних антитіл. Серед інструментальних методів діагностики ефективним є застосування спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), яка дозволяє диференціювати вид ураження легеневої тканин. В даному випадку така комплексна діагностика була застосована лише на рівні торакального стаціонару клінічної лікарні при розвитку ускладнень і генералізації грибкової інфекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Charushina IP, Vorobyev NN, Lyapustin SB, Zemskov AG. Features of the clinical course of invasive

candidiasis in HIV-infected patients. *Epidemiologiya i infeksionnyye bolezni*. 2013; 4: 44–46.

2. Kriengkauykiat J, Ito JI, Dadwai SS. Epidemiology and treatment approaches in management of invasive fungal infections. Review.

Clinical Epidemiology. 2011; 3: 175–191. DOI: 10.2147/CLEP.S12502

3. Karaev ZO. Nosocomial mycoses: status and prospects for solving the problem. *Problemy meditsinskoy mikologii*, 2007; 3: 21–23.

Стаття надійшла до редакції 15.04.2019