

© Колектив авторів, 2024
 УДК 616.72-002.77-036.1-07-08
 DOI 10.11603/1681-2727.2024.2.14617

В. Д. Москалюк¹, І. В. Баланюк¹, С. Р. Меленко¹, Н. В. Чернецька¹, І. І. Кравчук¹, Н. В. Костіна²

ХВОРОБА СТІЛЛА У ДОРΟΣЛИХ

¹Буковинський державний медичний університет, ²ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»

Мета роботи – на прикладі клінічного випадку ознайомити лікарів з особливостями клінічного перебігу хвороби Стілла.

Наведено витяг з історії хвороби пацієнтки, госпіталізованої в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня», в якій на підставі гарячки, макуло-папульозного висипу на руках і в ділянці «декольте», болю та набряку променево-зап'ясткових суглобів, а також високого показника феритину крові, було діагностовано хворобу Стілла.

Ключові слова: хвороба Стілла, артралгія, висип, клінічний випадок.

Диференційна діагностика гарячкових станів становить значні труднощі у клініці інфекційних хвороб і вимагає від лікарів багато знань, щоб встановити правильний діагноз, виключаючи хвороби як інфекційного, так і неінфекційного ґенезу.

Хвороба Стілла – це генералізована форма ювенільного ідіопатичного артриту, яка перебігає з гарячкою, висипом, лімфаденопатією, спленомегалією, а також серозитом і запаленням багатьох органів. Точна причина цієї недуги недостатньо вивчена, але вважається, що це складна взаємодія генетичних факторів і факторів навколишнього середовища [7]. Також у виникненні цієї недуги підозрюють і віруси ЕСНО 7, ВЕБ, краснухи, епідемічного паротиту.

Ювенільний артрит вперше описав George Frederick Still у 1897 р. як «особлива форма хвороби суглобів, що виявляється у дітей» [1, 3]. Протягом тривалого часу патологію зараховували до ювенільного артриту. І лише в 1971 р. Еріком Байуотерсом були оприлюднені захворювання у дорослих осіб, згідно з якими патологію виділили в окрему нозологічну групу [4].

У періоди загострення запального процесу можна виявити підвищення ШОЕ, зростання концентрації СРБ у сироватці крові, лейкоцитоз (часто >20 000/мкл) з підвищеним числом нейтрофілів (>80 %), тромбоцитоз, анемію, гіпоальбумінемію [2].

Висока концентрація феритину у сироватці крові (>3000 нг/мл) вказує на хворобу Стілла, його зростання корелює з активністю хвороби. Відзначається підвище-

на активність амінотрансфераз і ЛДГ у сироватці крові, ревматоїдного фактора, зростання рівня імуноглобулінів класу IgM і ANA (у <10 % хворих), концентрації ІЛ-18 [5, 6].

Згідно зі статистичними даними, частота захворювання становить 1:100 000 осіб.

Наводимо клінічний випадок.

Хвора М., 42 роки, госпіталізована в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» 21.08.2023 р. з попереднім діагнозом: «Аденовірусна інфекція»?

З анамнезу захворювання відомо, що пацієнтка захворіла 26 липня 2023 р., коли відзначила підвищення температури тіла до 39 °С, пізніше приєдналися біль у горлі та висипка на руках і в ділянці «декольте».

За медичною допомогою звернулася в КНП «Косівська ЦРЛ», де лікувалася впродовж 12 діб. За відсутності позитивної динаміки самостійно звернулася за медичною допомогою в інфекційне відділення ОКНП «ЧОКЛ» м. Чернівці.

При ушпиталенні була оглянута черговим лікарем. Скаржилась на загальну слабкість, підвищену температуру тіла до 39 °С, пітливість, біль і набряк променево-зап'ясткових суглобів, висип на верхніх кінцівках, шії, ділянці «декольте», знижену силу кистей, більше справа, дефігурацію променево-зап'ясткових і гомілково-ступневих суглобів.

Дані епіданамнезу – у контакті з інфекційними хворими не перебувала. Захворювання пов'язує з переохолодженням.

При об'єктивному обстеженні: на шкірі рук, шії макуло-папульозний висип.

Хворій було призначено комплекс традиційних загальноклінічних, біохімічних обстежень, коагулограму, дослідження рівня С-реактивного білка, рентгенографію ОГП.

За даними лабораторних методів обстеження (22.08.2023 р.), отримані такі результати: гемоглобін 112 г/л, еритроцити $3,85 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $19,69 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли 15 %, сегментоядерні 74 %, лімфоцити 7 %, моноцити 3 %, ШОЕ 63 мм/год.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Білірубін непрямий 10,0 ммоль/л, сечовина 6,2 ммоль/л, креатинін 87 мкмоль/л, АлАТ 22 МО/л, АсАТ 31 МО/л, глюкоза крові 7,3 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс 88 %, АЧТЧ 76 с, фібриноген 4,66 г/л, гематокрит 40 %, D-димер 1,28 мг/л, прокальцитонін 0,13 нг/мл. Серологічне дослідження крові на сифіліс – реакція негативна.

Тиреотропний гормон 2,62 МО/мл, тироксин вільний 17,68 мкМЕ/мл, трийодтиронін вільний 3,57 пкмоль/л.

Загальний аналіз сечі – колір солом'яно-жовтий, прозора, реакція слабкокисло, білка не виявлено, епітелій перехідний – 1-2 в п/з, лейкоцити – 6-8 в п/з.

Посів крові на гемокультуру росту не дав.

Дослідження лаважа з бронхіального дерева на Хpert МТВ/RIEN від 07.09.23 р. негативний.

Рентгенологічна картина легень без патологічних змін.

ЕКГ – ритм синусовий, правильний, ЧСС 77 за хв, зубці та сегменти без особливостей.

УЗД органів черевної порожнини без патологічних змін.

МРТ головного мозку від 01.09.23 р. патологічних змін не виявила.

Хвора отримувала наступне лікування: розчин Рінгера, реосорбілакт, цефепім, лаксерс, лінезолід, L-цет, магнекор, клексан, езорма, нурофен, тівортін.

Враховуючи відсутність позитивної динаміки хвороби, для уточнення діагнозу було вирішено залучити суміжних спеціалістів.

Отоларинголог – даних за ЛОР-патологію немає. Кардіолог – ІХС. Кардіосклероз дифузний. Синусова тахікардія (компенсована) СН I, ФК III. Ендокринолог – вузловий зоб I ст, еутиреоз. Порушення толерантності до глюкози. Гастроентеролог – ГЕРХ. Ерозивний рефлюкс-езофагіт, загострення. Гематолог – хвороба Лайма? Невролог і фтизіатр патологію свого профілю заперечили.

Імунолог запідозрив хворобу Стілла у дорослих і синдром активації макрофагів.

На основі огляду та рекомендації лікаря-імунолога був визначений рівень феритину крові. Отриманий результат – >1 500 мкг/л (норма 13-120 мкг/л).

Враховуючи затяжний перебіг хвороби та відсутність ефекту від призначеної терапії, дані лабораторних та інструментальних досліджень, пацієнтку було скеровано на консультацію та дообстеження в умовах «Західноукраїнського медичного центру клінічної імунології та алергології», ревматологічне відділення, м. Львів.

При ушпиталенні скарги попередні. Обстежена повторно, отримані наступні результати: гемоглобін 101 г/л, еритроцити $3,71 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $18,4 \times 10^9$ /л, паличкоядерні 2 %, сегментоядерні 82 %, лімфоцити 7 %, моноцити 3 %, ШОЕ 59 мм/год.

Антинуклеарні антитіла (19.09.23 р.) – виявлено.

Феритин (20.09.23 р.) 1 196 нг/мл (норма – 13-150 нг/мл).

Пацієнтці було призначено: глюкокортикостероїди (метилпреднізолон 24 мг на добу (16 мг зранку після їди + 8 мг в обід – тривало); цитостатики (метотрексат 15 мг на тиждень – тривало); інгібітори протонної помпи (пантопразол 40 мг 1 табл. 1 раз на день за 30 хв до їди – тривало); гепатопротектори; препарати кальцію; вітаміни групи В.

Враховуючи тривалість захворювання, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39,0 °С, біль і набряк променево-зап'ясткових суглобів, висип на верхніх кінцівках, шиї, в ділянці «декольте», знижену силу кистей, дефігурацію променево-зап'ясткових, гомілково-ступневих суглобів; дані лабораторних методів дослідження: лейкоцитоз (18,4 Г/л), високі показники феритину (1 196 нг/мл), хворій встановлено заключний діагноз: Хвороба Стілла, системний варіант, акт. III ст., підгострий перебіг з ураженням шкіри (еритематозні висипання на верхніх кінцівках, тулубі, шиї), гіперферитинемія, ANA (+), лейкоцитоз, фебрильна гарячка, анемічний синдром легкого ступеня, ураження суглобів – артрит променево-зап'ясткових суглобів, ФНС I ст. Після лікування хвору виписали з покращенням стану і скерували до ревматолога за місцем проживання.

Таким чином, у хворих, в яких тривала гарячка, артрит, висипання на шкірі, високі показники феритину, необхідно запідозрити хворобу Стілла.

Література

1. Kovalenko, V. M., Shuba, N. M., Kazimirko, V. K., Bortkevich, O. P., Dubkova, A. G., Silantjeva, T. S., ... & Voronova, T. D. (2013). *National Textbook on Rheumatology* [in Ukrainian].

2. Bywaters, E. G. (1971). Still's disease in the adult. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 30(2), 121.

3. Pouchot, J., Sampalis, J. S., Beaudet, F., Carette, S., Décar, F., Salusinsky-Sternbach, M. A. R. I. O. N., ... & Esdaile, J. M. (1991). Adult Still's disease: manifestations, disease course, and outcome in 62 patients. *Medicine*, 70(2), 118–136.

4. Svintsitsky, A. S., Yaremenko, O. B., Puzanova, O. G., & Khomchenkova, N. I. (2006). Rheumatic diseases and syndromes. *K.: Book plus*, 32–38. [in Ukrainian].

5. Yoshimura, M., Makiyama, J., Koga, T., Miyashita, T., Izumi, Y., Torigoshi, T., ... & Migita, K. (2010). Successful treatment with tocilizumab in a patient with refractory adult-onset Still's disease (AOSD). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(1), 141–142.

6. Salvin, S., Quartuccio, L., Moroldo, T., Mansutti, E., Maset, M., Lombardi, S., & De Vita, S. (2010). Clinical characterization and treatment outcome in a monocentric cohort of 45 patients with adult onset Still's disease.

7. Flatau, E., Reichman, N., & Kaufman, N. (1999). Ferritin levels in adult Still's disease. *Harefuah*, 137(5-6), 200–201.

STILL'S DISEASE IN ADULTS

V. D. Moskaliuk¹, I. V. Balaniuk¹, S. R. Melenko¹, N. V. Chernetska¹, I. I. Kravchuk¹, N. V. Kostina²

¹Bukovyna State Medical University, ²Chernivtsi Regional Clinical Hospital

SUMMARY. *Aim – using the example of a clinical case to acquaint practicing doctors with the features of the clinical course of Still's disease.*

A patient hospitalized at the Chernivtsi Regional Clinical Hospital in the infectious department with fever, a maculo-papular rash on the hands and in the «décolletage», pain and swelling of the carpal joints, as well as with high levels of blood ferritin – >1500 mcg/l (norm 13–120 mcg/l), the diagnosis is established – Still's disease in adults.

Key words: *Still's disease; arthralgia; rash; clinical case.*

Відомості про авторів:

Москалюк Василь Деонісійович – д. мед. наук, професор, завідувач інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету; e-mail: vdmoskaliuk@ukr.net

ORCID: 0000-0002-4104-8153

Баланюк Ірина Володимирівна – канд. мед. наук, доцентка кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету; e-mail: balanyk85@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1146-4065

Меленко Світлана Романівна – канд. мед. наук, доцентка кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету; e-mail: ladymc84@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4920-5843

Чернецька Наталія Василівна – докторка філософії, асистентка кафедри внутрішньої медицини Буковинського державного медичного університету; e-mail: chernetskanataliia1991@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5156-1313

Кравчук Ірина Ігорівна – здобувачка кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету; e-mail: kravchukir0@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1193-6176

Костіна Наталія Валерівна – лікар-інфекціоніст ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»

Information about the authors:

Moskaliuk V. D. – MD, Professor, Head at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Bukovynian State Medical University; e-mail: vdmoskaliuk@ukr.net

ORCID: 0000-0002-4104-8153

Balaniuk I. V. – PhD, Associate Professor at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Bukovynian State Medical University; e-mail: balanyk85@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1146-4065

Melenko S. R. – PhD, Associate Professor at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Bukovynian State Medical University; e-mail: ladymc84@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4920-5843

Chernetska N. V. – PhD, assistant of the Department of Internal Medicine, Bukovynian State Medical University; e-mail: chernetskanataliia1991@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5156-1313

Kravchuk I. I. – Assistant at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Bukovynian State Medical University; e-mail: kravchukir0@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1193-6176

Kostina N. V. – infectious disease doctor of the Chernivtsi Regional Clinical Hospital

Конфлікту інтересів немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 27.02.2024 р.