

## ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ИЛИ БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ?

### DIFFICULT PATIENT: INFECTIOUS ENDOCARDITIS AND ADULT STILL'S DISEASE?

**T. Shustova  
N. Deryabina  
L. Chegodaeva**

*Summary.* In the practice of a doctor, there are diseases that, according to the clinical picture, according to laboratory, instrumental research methods, may be similar to adult Still's disease. Therefore, it is very important to correctly assess the differential diagnostic series in order to make a correct diagnosis at earlier stages, to find the optimal way to treat this pathology. Objective: to characterize the difficulties of differential diagnosis of Still's disease and infectious endocarditis based on a clinical case.

*Keywords:* adult Still's disease; infectious endocarditis; clinical case; differential diagnosis.

**Шустова Татьяна Алексеевна**

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск  
shustova1999@yandex.ru

**Дерябина Надежда Михайловна**

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск  
nadya.gracheva13@mail.ru

**Чегодаева Людмила Викторовна**

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»,  
Саранск  
Chegodaeva20@rambler.ru

*Аннотация.* В практике врача существуют заболевания, которые по клинической картине, данным лабораторных, инструментальных методов исследования могут быть сходны с болезнью Стилла взрослых. Поэтому очень важно правильно оценить дифференциально-диагностический ряд, чтобы на более ранних этапах выставить корректный диагноз, найти оптимальный путь лечения данной патологии. Цель работы: охарактеризовать трудности дифференциальной диагностики болезни Стилла и инфекционного эндокардита на основании клинического случая.

*Ключевые слова:* болезнь Стилла у взрослых; инфекционный эндокардит; клинический случай; дифференциальный диагноз.

**И**нфекционный эндокардит в настоящее время остается одной из актуальных проблем медицины, вызывающих трудности ранней диагностики. В дебюте болезни нередко отмечается атипичное течение под различными «масками», что приводит к диагностическим ошибкам и как следствие, к несвоевременному назначению лечения. Часто клиническая картина заболевания проявляется симптомами системного воспалительного процесса неясной этиологии. Сложности диагностики могут быть обусловлены как отсутствием положительных результатов бактериологического исследования крови, так и поздним появлением характерных сердечных поражений эндокарда, например, при подостром течении [1].

Поражение костно-мышечной системы при инфекционном эндокардите наблюдается примерно в 40% случаев и может развиваться порой за несколько месяцев до возникновения типичных для этого заболевания симптомов. Наиболее часто выявляются артралгии (как в крупных, так и в мелких суставах), а также боли в мышцах и в области сухожильно-связочного аппарата [2].

Одним из ревматологических заболеваний, проявляющихся фебрильной лихорадкой, нейтрофильным

лейкоцитозом и спленомегалией является болезнь Стилла у взрослых, с которой необходимо проводить дифференциальный диагноз.

Болезнь Стилла взрослых — это редкое системное воспалительное заболевание, этиология которого остается неизвестной. Некоторыми авторами представлено, что эта болезнь является реактивным синдромом, при котором различные инфекционные (вирусные и бактериальные) агенты могут действовать как триггеры у лиц с генетической предрасположенностью [3].

Говоря об особенностях болезни Стилла взрослых, следует выделить то, что данное заболевание также обычно начинается с системных проявлений. Выраженная общая слабость может сопровождаться волнами повышения температуры тела до фебрильных цифр [4]. На фоне лихорадки возможно появление макулопапулезной или розеолезной сыпи лососевого цвета на разных частях тела. Эти высыпания обычно нестойкие, отмечаются только на высоте лихорадки и могут сопровождаться зудом [5].

Суставной синдром может быть представлен артралгиями или артритом преимущественно крупных

суставов. Могут выявляться как моно,— олиго, так и полиартриты. У некоторых пациентов может отмечаться симметричное поражение запястно-фаланговых и дистальных межфаланговых суставов. Нередко в клинической картине присутствуют миалгии [6]. Одним из ранних симптомов заболевания является боль в горле с признаками фарингита [5].

Указанные выше симптомы не всегда возникают одновременно, что часто затягивает диагностику [6]. Зачастую болезнь Стилла взрослых является диагнозом исключения, что заставляет врача выполнять скрининговый поиск для верификации инфекционной, аутоиммунной, неопластической природы патологического процесса [7].

Другие более редкие проявления включают острый респираторный дистресс синдром, хроническое рестриктивное поражение легких, тампонаду сердца, миокардит, клапанные вегетации, имитирующие инфекционный эндокардит [8].

Представляем клинический пример трудного диагностического поиска.

Пациент — мужчина, 53 лет, считает себя больным с августа 2021 года, когда появились боли в горле и повысилась температура тела до 40 °С. На фоне фебрильной температуры беспокоила ломота в суставах, больше в лучезапястных и плечевых. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал НПВС по требованию. В октябре появился выраженный болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, что заставило его обратиться за медицинской помощью. Пациент был госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом: Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника. Дегенеративный комбинированный стеноз на уровне поясничного L4-S1 позвонков. Нижняя полирадикулопатия. Болевой синдром. Проведенное лечение (НПВП, миорелаксанты, физиотерапия) способствовало улучшению самочувствия. С ноября по декабрь несколько раз обращался в поликлинику по месту жительства по поводу лихорадки, которая участковым терапевтом была расценена как ОРВИ. Лечение проводилось амбулаторно, неоднократно назначались короткие курсы антибактериальных препаратов (левофлоксацин, цефтриаксон). В результате терапии температура снижалась до нормальных значений, однако через некоторое время вновь повышалась. В феврале 2022 года обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в поясничном и грудном отделах позвоночника, боли в мышцах, крупных суставах (коленные, голеностопные, плечевые), скованность движений, повышение температуры тела до 39 °С, также появи-

лись макулопапулезные высыпания розовой окраски на коже нижних конечностей и туловища, не сопровождающиеся кожным зудом. Пациент также отмечал общую слабость, одышку при ходьбе, снижение аппетита, похудел на 10 кг за 6 месяцев.

Подробно был собран анамнез. Факторов риска для развития инфекционного эндокардита не выявлено. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, хронический панкреатит, хронический бронхит, гиперплазию предстательной железы, гипертоническую болезнь (АД повышается до 160/100 мм рт. ст.). Вредные привычки: курит до 15 сигарет в день, стаж курения около 12 лет, иногда употребляет алкогольные напитки. Аллергологический анамнез без особенностей.

Общее состояние оценено как средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Выявлено увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы отклонений от нормальных показателей не выявлено. АД 130/85 мм рт. ст. Печень на 5 см выступала из-под края правой реберной дуги. Селезенка перкуторно: поперечник — 8 см, длинник — 15 см.

При обследовании выявлены: нормохромная анемия средней степени тяжести (гемоглобин — 86 г/л, цветовой показатель — 0,85), нейтрофильный лейкоцитоз до  $13,5 \times 10^9$  /л, повышение СОЭ до 52 мм/ч.

Результаты биохимического анализа крови были следующими: сахар крови — 4,5 ммоль/л; мочевина — 8,7 ммоль/л; креатинин — 132 мкмоль/л; билирубин — 18,1 мкмоль/л; АЛТ — 68 Ед/л; АСТ — 0,56 Ед/л; СРБ (+++); ферритин — 350 нг/мл; анализ крови на стерильность (исследование проводилось трижды) — результат отрицательный. Общий анализ мочи — без патологии.

На ЭХО-КГ: Незначительная гипертрофия межжелудочковой перегородки. Камеры не расширены, клапанной патологии не обнаружено. Нарушений локальной и глобальной сократимости не выявлено (УО — 89%, ФВ — 61%), диастолическая дисфункция левого желудочка.

На ЭКГ зарегистрирована синусовая тахикардия с ЧСС — 115 в мин. Электрическая ось сердца типа SISIISIII. Снижение вольтажа основных зубцов в стандартных и усиленных отведениях. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки гепатоспленомегалии, хронического панкреатита.

Таким образом, в связи с отсутствием бактериемии, вызванной типичными для инфекционного эндокардита возбудителями и характерных поражений эндокарда при эхокардиографии, недостаточным количеством малых диагностических критериев ИЭ диагностический поиск был продолжен. В перечне заболеваний по дифференциальному диагнозу рассматривались: злокачественные новообразования, в том числе лимфогранулематоз, лимфома, гемобласты, системные заболевания соединительной ткани и ряд инфекционных заболеваний. По результатам фиброгастродуоденоскопии, колоноскопии, рентгенографии грудной клетки, магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости серьезной патологии, в том числе онкологической, обнаружено не было. Гематологом исключены заболевания крови опухолевой природы.

Пациент проконсультирован ревматологом, назначен анализ крови на ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, антинуклеарный фактор. Результат анализов отрицательный.

На основании жалоб, анамнеза, результатов объективного обследования и лабораторно-инструментальных исследований выставлен диагноз: болезнь Стилла у взрослых. Больной госпитализирован в ревматологическое отделение, назначена терапия с применением НПВП и глюкокортикостероидов. В течение трех дней снизилась температура, уменьшились проявления суставного синдрома, однако симптомы органических поражений практически сохранялись, нарастали слабость, наблюдалась дальнейшая потеря веса, отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке.

Через 1,5–2 недели с момента госпитализации пациент стал жаловаться на выраженную инспираторную одышку, усиливающуюся в горизонтальном положении. При аускультации сердца на верхушке выслушивался грубый систолический шум. Была назначена консультация кардиолога. Проведено трансторакальное эхокардиографическое обследование. Выявлено уплотнение створок митрального клапана, подвижное линейной формы объемное образование, связанное с передней створкой митрального клапана (1,6 x 0,5 см), флотирующее в ЛП и в ЛЖ. Фиксированное гиперэхогенное округлой формы образование на хордах передней створки митрального клапана (1,0 x 0,9 см) — вегетация, митральная регургитация 3–4 степени, вероятно, на фоне отрыва хорд. Умеренная дилатация ЛП. Незначительная гипертрофия межжелудочковой перегородки. Значительная легочная гипертензия (СДЛА — 63 мм рт. ст.). Нарушений локальной и глобальной сократимости не выявлено (УО — 89%, ФВ — 61%), диастолическая дисфункция левого желудочка.

УЗИ плевральных полостей: умеренное количество жидкости в обеих плевральных полостях.

На основании описанных выше данных выставлен диагноз: первичный инфекционный эндокардит митрального клапана, подострое течение. Отрыв хорд митрального клапана. Недостаточность митрального клапана 3–4 степени. Осложнение: ХСН II А стадия, ФК 3. Двусторонний гидроторакс. Значительная легочная гипертензия. Сопутствующий диагноз: Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника. Дегенеративный комбинированный стеноз на уровне поясничного L4-S1 позвонков. Нижняя полирадикулопатия. Болевой синдром. Анемия средней степени тяжести. Хроническая болезнь почек С3а СКФ (по формуле СКД-EPI) 52 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

Больной для дальнейшего лечения был переведен в кардиологическое отделение, была назначена терапия согласно клиническим рекомендациям «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств», утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2021 г.

На фоне проводимой терапии состояние пациента оставалось тяжелым, он был проконсультирован кардиохирургами, выявлены показания для хирургической коррекции порока МК, направлен на протезирование митрального клапана в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Таким образом, инфекционный эндокардит в настоящее время имеет различные «маски» и варианты течения. Представленный клинический случай является подтверждением сложной дифференциальной диагностики между болезнью Стилла у взрослых и инфекционного эндокардита. Эти два заболевания в своей клинической картине имеют очень много схожих проявлений и оба характеризуются симптомами системного воспалительного процесса. У данного пациента первичный инфекционный эндокардит развился на неизменном клапане, факторов риска, способствующих развитию заболевания, в анамнезе не отмечалось. Отрицательный результат микробиологического исследования крови, отсутствие характерных признаков поражения эндокарда окончательно снял настороженность врачей о возможном заболевании. Поэтому отсутствие правильного диагноза способствовало применению неадекватных доз антибактериальных препаратов, необходимых для лечения инфекционного эндокардита, не соблюдена и продолжительность антибиотикотерапии, что привело к прогрессированию заболевания и нарастанию проявлений сердечной недостаточности. Вместе с тем следует отметить, что с целью постановки диагноза пройден

большой путь диагностического поиска, было сделано множество диагностических процедур с целью исключения заболеваний характеризующимися схожими системными клиническими проявлениями. Таким образом, и в настоящее время, несмотря на улучшение возможно-

стей для своевременной диагностики и лечения инфекционный эндокардит нередко диагностируется поздно, что приводит к ухудшению течения заболевания, в том числе декомпенсации сердечной недостаточности на фоне деструктивных поражений клапанных структур.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьева Е.В., Попова Н.А., Волкова С.Н., Бодриевская И.А., Абашева Е.В. Фатальные ошибки поздней диагностики инфекционного эндокардита. Клинический случай // Современные проблемы науки и образования. — 2019. — № 4.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29034> (дата обращения: 22.02.2023)
2. Пономарева Е.Ю., Ребров А.П. Инфекционный эндокардит в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. 2012;50 (6):29–32.
3. Feist E, Mitrovic S, Fautrel B. Mechanisms, biomarkers and targets for adult-onset Still's disease. *Nat Rev Rheumatol* 2018;14 (10):603–18.
4. Муравьев Ю.В., Насонов Е.Л. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых // Научно-практическая ревматология. — 2011. — № 2. — С. 58–65
5. Имамединова Г.Р., Чичасова Н.В. Болезнь Стилла взрослых: клинические случаи // Современная ревматология. 2014;8 (4):39–42.
6. Длинный путь к диагнозу: болезнь Стилла взрослых / А.А. Нигматьянова [и др.] // Практическая медицина. — 2015. — Т. 2, № 4. — С. 79–81.
7. Fautrel B. Adult-onset Still disease / B. Fautrel // *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. — 2008. — Vol. 22, № 5. — P. 773–792
8. Zenagui D, De Coninck J.P. Atypical presentation of adult onset Still's disease mimicking acute bacterial endocarditis // *Eur Heart J* — 1995. — Vol. 16. — P.148–1450
9. Fautrel B, Zing E, Colmard JL, et al. Proposal for a new set of classification criteria for adult-onset still disease // *Medicine (Baltimore)* . — 2002. — Vol.81. — P.194–200.

© Шустова Татьяна Алексеевна (shustova1999@yandex.ru),

Дерябина Надежда Михайловна (nadya.gracheva13@mail.ru), Чегодаева Людмила Викторовна (Chegodaeva20@rambler.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва