

УДК 616.995.132.8 - 078.73



О.С. Каневський, О.М. Дідков, В.С. Потаскалова

Розвиток ятрогенного захворювання на тлі застосування кортикостероїдного препарату

ДЗ «Дорожня клінічна лікарня №2 на станції Київ»
ДТГО «Південно-Західна залізниця»

Ключові слова: глюкокортикостероїдні препарати, «Дипроспан», ятрогенне захворювання.

У лікувально-діагностичне відділення Дорожньої клінічної лікарні № 2 на ст. Київ госпіталізовано хвору М., 50 років, зі скаргами на виражену загальну слабкість, інтенсивні головні болі, набряк обличчя, шиї, гомілок, стегон, часте сечовипускання у нічний час, болі в правому підребер'ї та правій поперековій ділянці, задишку при незначному фізичному навантаженні, відчуття серцебиття, підвищену пітливість, порушення сну, відчуття тривоги.

Зазначені скарги виникли протягом останнього місяця. На тлі переохолодження виникли болі в поперековій ділянці, озноб, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, нудота та відчуття сухості в роті. За результатами лабораторних обстежень в амбулаторних умовах виявлено зміни в загальному аналізі сечі: білок — до 0,033 г/л, лейкоцити — 10–12 у полі зору. Показники аналізів крові — в межах норми. При госпіталізації хворій встановлено діагноз: хронічне захворювання нирок. Хронічна ниркова недостатність 0 ст.

З історії захворювання відомо, що в 1995 р. спостерігався подібний стан, встановлено діагноз: сечокам'яна хвороба, ниркова колька; напад ліквідовано внутрішньовенним введенням спазмолітиків та знеболювальних препаратів [2, 17, 22–24, 28–29, 33].

У подальшому час від часу спостерігалися дизуричні явища у вигляді частого сечовипускання.

З анамнезу захворювання відомо, що на амбулаторному етапі призначено лікування радикулярного синдрому: ортофен, моваліс та «Дипроспан» (діюча речовина бетаметазон, комбінація розчинного та малорозчинного ефірів бетаметазонів, належить до кортикостероїдів для системного застосування [9]) у дозі п'ять ампул протягом двох тижнів. Звертає на себе увагу, що після перших двох ін'єкцій останнього препарату стан хворої не тільки не поліпшився, а навіть погіршився, посилювався больовий синдром. Через два тижні лікування з'явилися набряки на гомілках, які поступово поширилися до рівня стегон, посилювалася загальна слабкість, спостерігалось періодичне підвищення рівня артеріального тиску до

150/100 мм рт. ст., виникло потемніння шкіри в парорбітальній ділянці [26].

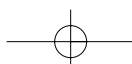
На госпітальному етапі продовжено обстеження. Виявлено рефлюкс-езофагіт, ерозивний антральний гастрит, фолікулярний бульбіт [27, 20], ознаки запального процесу у жовчному міхурі та ознаки загострення панкреатиту [25].

Призначено лікування: «Пантасан», місцеві антациди, ферментативний препарат [1, 3–4, 5, 16].

Стан хворої поступово погіршувався. Больовий синдром залишався попередньої інтенсивності, з'явилися набряки обличчя, шиї [21], температура тіла підвищилася до 37,6°C, виникло утворення в лівій надключичній ділянці до 8 см у діаметрі, м'яке, безболісне при пальпації. Тоді ж з'явився інтенсивний головний біль з локалізацією в лобній ділянці. Виникла підозра щодо розвитку бактеріальних ускладнень або проявів паранеопластичного процесу. Для уточнення діагнозу хвору оглянули інфекціоніст, ендокринолог, оториноларинголог, гінеколог, фтизіатр, мамолог. Патологія виключена. Проведено комп'ютерну томографію органів грудної клітки, середостіння та органів черевної порожнини із внутрішньовенним контрастуванням для виключення вогнищево-інфільтративної патології та патологічних об'ємних утворень.

На наступну добу перебування в стаціонарі спостерігали судоми литкових м'язів, виникли інтенсивні болі в м'язах верхніх та нижніх кінцівок, живота та спини, нудота. Головний біль за чотири доби посилювався. За результатами лабораторних досліджень ознак запального процесу та ниркової недостатності не виявлено. Стан хворої поступово погіршувався. Призначено дезінтоксикаційну терапію, на тлі якої зменшилася інтенсивність головного болю.

З моменту госпіталізації хворій проводили двогодинну термометрію. Спостерігалось підвищення температури тіла до 38°C увечері. Хвора скаржилася на озноб, нудоту, тремор у тілі, головний біль, підвищену пітливість при незначному фізичному на-





вантаженні, виражену задишку, відчуття серцебиття, ніктурію. Хвора емоційно лабільна. Сон порушений [19, 32].

При об'єктивному дослідженні пацієнтки звертає на себе увагу загальний задовільний стан. Частота серцевих скорочень не перевищувала за весь час спостереження 76 уд./хв, артеріальний тиск декілька разів зафіксований на рівні 150/90 мм рт. ст. При огляді ротової порожнини виявлено ознаки кандидозу [29–30].

Ураховуючи можливість розвитку бактеріальних ускладнень та фебрильну температуру, призначили препарат цефалоспоринового ряду третього покоління.

Для виключення об'ємного утворення головного мозку хворій проведено комп'ютерну томографію голови. Виявлено ознаки змін в ділянці піраміди лівої скроневої кістки, які можна трактувати як вогнищевий запальний процес. Після закінчення курсу антибактеріальної терапії температура тіла нормалізувалася, стан хворої поліпшився, головні болі зникли.

За результатами клініко-лабораторного обстеження: у хворої мають місце прояви побічної дії застосування високих доз кортикостероїдів при попередньому лікуванні, що може зумовлювати пригнічення функції наднирників та клінічно виявлятися гіперпігментацією, підвищенням АТ, набряками, порушеннями нервової системи та ускладненнями з боку органів травного каналу [9]. Отже, це ятрогенне захворювання [8, 10–13, 15, 31].

Згідно з інструкцією щодо дозування початкова доза «Дипроспану» у більшості випадків становить 1–2 мл. Введення повторюють за необхідності залежно від стану хворого. Тривалість терапевтичної дії може тривати 4 тиж та більше [4]. Якщо задовільний клінічний ефект відсутній через певний проміжок часу, то лікування «Дипроспаном» слід припинити [6].

Симптомами побічної дії великих доз глюкокортикостероїдів є [7]: порушення сну, збудження, депресія, тривожний синдром, нудота, блювання, панкреатит, гастрит, езофагіт, метеоризм, затрим-

ка рідини в організмі, підвищення АТ, пригнічення функції кори наднирників, а також ознаки гіперкортицизму (місяцеподібне обличчя, збільшення маси тіла, підвищення АТ, міастенія, міалгія та спазми м'язів) [18], підвищене потовиділення, схильність до розвитку кандидозів [14], розвиток або загострення інфекцій. Ми навмисно навели симптоми побічної дії глюкокортикостероїдних препаратів, які мали місце у нашої хворої. Поліморбідний стан пацієнтки (загострення холецистити, гастриту, панкреатиту, запальний процес у ділянці піраміди лівої скроневої кістки), з приводу якого проведено стаціонарне лікування, зумовлений побічними діями високих доз глюкокортикостероїдів.

Хвора консультована професором кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця В.З. Нетяженком. Його висновки аналогічні нашим припущенням: найвірогідніше, має місце ускладнення після застосування великих доз кортикостероїдів.

На тлі антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії поступово стан хворої поліпшився.

Стан наднирників пацієнтки на момент виписки зі стаціонару не оцінювали.

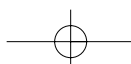
Пацієнтку виписано у відносно задовільному стані. Зберігалися скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність та м'язову слабкість. Інші скарги відсутні. Лабораторні показники – в межах норми. Рекомендовано диспансерне спостереження ендокринолога для контролю функції наднирників.

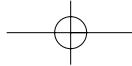
Висновки

На тлі застосування кортикостероїдних препаратів протягом короткого часу може розвинути ятрогенне захворювання, яке клінічно виявляється поліморфізмом соматичних захворювань. У такому випадку для вибору тактики ведення хворого необхідно провести велику кількість обстежень для виключення розвитку самостійних патологічних станів.

Література

1. Астахов В.А. Лечение гастрита // Здоровье. — 2000. — № 3. — С. 14–15.
2. Белый Л.Е. Почечная колика: Руководство для врачей. — 2009. — 256.
3. Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение гастрита // Здоровье. — 2000. — № 2. — С. 15.
4. Веселов А.В. Лечение хронического гастрита // Там же. — 2000. — № 12. — С. 21
5. Драгунов С. К. Профилактические средства // Там же. — 2000. — № 3. — С. 32.
6. Інструкція для медичного застосування препарату дипроспан.
7. Коваленко В.Н., Вікторов А.П. Компендіум. — К.: Морион, 1997. — Т. 1. — С. 28.
8. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медгиз, 1944.
9. Николаева Н.Б., Альперович Б.Р., Созинов В.Н. Справочник ВИДАЛЬ. — 1997.





10. Петровский Б.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. — М.: Сов. энциклопедия. 1982. — Т. 1. — С. 385.
11. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — 3-е изд. — М.: Медгиз, 1953.
12. Платонов К.К. Краткий словарь системы психологических понятий: Учеб. пособие. — М.: Высш. шк., 1981. — С. 175.
13. Селиверстов В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда. — М.: ВЛАДОС, 1997. — С. 391.
14. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Факторы резистентности и иммунитет при грибковых инфекциях кожи и слизистых оболочек // Иммунопатол., алергол., инфектол. — 2004. — № 1. — С. 14.
15. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1973. — С. 286.
16. Яковлева М.Ю. Функциональная диагностика // Здоровье. — 2000. — № 5. — С. 10.
17. Andrew J. Portis, Chandru P. Sundaram. American Family Physician. — Diagnosis and Initial Management of Kidney Stones, 2001.
18. Byerly M.S., Simon J., Lebihan-Duval E., et al. — Effects of BDNF, T3, and corticosterone on expression of the hypothalamic obesity gene network in vivo and in vitro // Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. — 2009. — 296(4). — P. 1180–1189.
19. Carpenter W.T., Jr, Gruen P.H. Cortisol's effects on human mental functioning // J Clin Psychopharmacol. — 1982. — 2(2). P. 91–101.
20. Conn H.O., Poynard T. Adrenocorticosteroid administration and peptic ulcer: a critical analysis // J Chronic Dis. — 1985. — 38(6). — P. 457–468.
21. Frauman A.G. An overview of the adverse reactions to adrenal corticosteroids // Adverse Drug React Toxicol Rev. — 1996. — 15(4). — P. 203–206.
22. Glowacki L.S., Beecroft M.L., Cook R.J., et al. The natural history of asymptomatic urolithiasis // J Urol. — 1992. — 147. — P. 319–321.
23. Levine J.A., Neitlich J., Verga M., et al. Ureteral calculi in patients with flank pain: correlation of plain radiography with unenhanced helical CT // Radiol. — 1997. — 4. — P. 27–31.
24. Menon M., Parulkar B.C., Drach G.W. Urinary lithiasis: etiology, diagnosis and medical management // Walsh PC, et al., eds. Campbell's Urology. — 7th ed. — Philadelphia: Saunders, 1998. — P. 733.
25. Paszt A., Eder K., Szabolcs A., et al. Effects of glucocorticoid agonist and antagonist on the pathogenesis of L-arginine-induced acute pancreatitis in rat // Pancreas. — 2008. — 36(4). — P. 369–376.
26. Pierard G.E., Pierard-Franchimont C., Ben Mosbah T., Arrese Estrada J. Adverse effects of topical corticosteroids // Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). — 1989. — 151. — P. 26–30.
27. Piper J.M., Ray W.A., Daugherty J.R., Griffin M.R. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs // Ann Intern Med. — 1991. — 114(9). — P. 735–740.
28. Reich J.D., Hanno P.M. Factitious renal colic // Urol. — 1997. — 50. — P. 858–862.
29. Smith R.C., Verga M., McCarthy S., Rosenfield A.T. Diagnosis of acute flank pain: value of unenhanced helical CT // Am J Roentgenol. — 1996. — 166. — P. 97–101.
30. Tronnier H. Inflammatory dermatomycoses - comparative study of naftifine and a combination of a corticosteroid and an imidazole derivative // Mykosen. — 1987. — 30, suppl. 1. — P. 98–103.
31. Turner P. Clinical pharmacology in criminal cases: discussion paper // J R Soc Med. — 1987. — 80(7). — P. 438–440.
32. Turner P. Steroid-induced psychosis // Lancet. — 1989. — 14. — P. 923.
33. Yilmaz S., Sindel T., Arslan G., et al. Renal colic: comparison of spiral CT, US and IVU in the detection of ureteral calculi // Eur Radiol. — 1998. — 8. — P. 212–217.

А.С. Каневский, А.М. Дидков, В.С. Потаскалова

Развитие ятрогенного заболевания на фоне применения кортикостероидного препарата

Рассмотрен случай развития ятрогенного заболевания вследствие применения высоких доз препарата «Дипроспан».

O.S. Kanevskiy, O.M. Didkov, V.S. Potaskalova

A case of the iatrogenic disease against the background of the use of corticosteroid preparation

The article considers a case of the iatrogenic disease developed as a result of the use of high doses of Diprosan.

