

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.218

УДК 159.9.07

Гільман А.Ю.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ВИПАДОК: КОРОТКОСТРОКОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРИВОЖНОМУ СТАНІ КЛІЄНТА З ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ

Національний університет «Острозька академія», м. Острог

У статті представлено опис терапевтичного випадку короткострокової психологічної допомоги при тривожному стані клієнта з вираженими психосоматичними скаргами. Описано психосоматичні прояви клієнта, його психічний статус, аналіз психодіагностичного обстеження, перебіг психотерапевтичної інтервенції клієнта, результати дослідження. Мета: описати і проаналізувати терапевтичний випадок короткострокової психологічної допомоги при тривожному стані клієнта з вираженими психосоматичними скаргами. Матеріали та методи: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкалою депресії А.Бека, шкала для оцінки тривоги (HAM-A), опитувальник якості життя SF-36, Гісенський опитувальник психосоматичних скарг, анкета діагностики психосоматичних розладів за Чабаном О. та Хаустовою О., шкала самооцінки депресії та тривоги за О.Чабаном та О. Хаустовою, діагностика психосоматичних скарг за О.Чабаном та О. Хаустовою. Результати: За результатами психодіагностичного обстеження з'ясовано, що у клієнтки виражена тривога та легка форма депресії, низький (ближчий до середнього) ступінь вираженості тривожного розладу, знижені показники шкал життєздатності, психологічного та фізичного здоров'я та соціального функціонування; підвищений загальний показник інтенсивності суб'єктивних фізичних скарг з переважанням психосоматичних скарг на біль у різних частинах тіла, виснаження та серцеві скарги; визначено виражений середній ступінь прояву соматичних симптомів. Переважає значне погіршення психологічного компоненту здоров'я. Фізичний компонент здоров'я клієнтки є трохи вищим за середній. У клієнтки знижена життєва енергія. З клієнткою було проведено комплексне консультування та психотерапія. Висновки. Після проведення психотерапевтичної інтервенції, зокрема психосоматичного впливу, суттєво знизився рівень тривожності, що безумовно відобразилось на психоемоційному стані клієнтки та відсутності частих психосоматичних скарг.

Ключові слова: короткострокова психологічна допомога, психосоматичні прояви, скарги, тривожний стан, психотерапевтична інтервенція.

Сьогодні дедалі частіше помічають випадки тривожних станів клієнта в умовах кризового суспільства. Неспроможність клієнта самостійно та екологічно прожити сильні негативні емоції нерідко призводить до тривалого пригніченого стану, хронічної тривоги, депресії [4,6]. Невиражені емоції з часом локалізуються в тілі у вигляді психосоматичних симптомів та фізичних скарг.

Аналіз терапевтичного випадку клієнта допомагає фахівцю зосередити увагу на основних моментах психодіагностики та психотерапії, проаналізувати

ефективність обраної стратегії психологічної допомоги, визначити перспективні напрямки наступної роботи у супроводі клієнта.

Описуючи випадок, психолог здійснює налаштування процесу усвідомлення психоемоційного стану особи, що звернулась за допомогою. До прикладу, коли психолог звертає увагу на те, що відбувається з клієнтом і завдяки цьому клієнт може сфокусуватися на тому, що з ним відбувається. У такій взаємодії клієнт користується усві-

домленням фахівця для розширення і поглиблення власного усвідомлення. Ментальна робота дослідження «сліпих плям» (того, що важко пригадати, опору) під час терапевтичної сесії є корисною як для клієнта, так і для фахівця (психотерапевта або психолога) [1,2,5,7,12]. Передусім, це сприяє асиміляції досвіду виконаної роботи, по-друге, це можливість помітити і пропрацювати власний опір фахівця у взаємодії з клієнтом. Згадуючи події під час терапевтичної роботи, ми заново переживаємо її і описуємо з точки зору своїх актуальних переживань. Такий підхід до опису випадку служить налаштуванням фахівця на детальне усвідомлення процесу психотерапії.

Представлення терапевтичного випадку (опис випадку з дозволу клієнтки).

Клієнтка Н., 42 роки, звернулась за допомогою до психолога (психосоматолога) зі скаргами на тривалий пригнічений стан (протягом місяця), тривогу, часте безсоння, загально слабкість у тілі, відчуття стиснення в області грудної клітини. Відмічала схуднення. Клієнтку часто турбували

пригнічені та нав'язливі думки, відчуття підвищеної дратівливості, зниження настрою. Нав'язливі думки у клієнтки були про можливий прояв будь-яких фізичних скарг у тілі або розвитку якого-небудь захворювання. Під час консультування відмічено іпохондричні прояви, метушливість, підвищену тривожність щодо свого стану здоров'я.

Психічний статус.

На первинному прийомі у психіатра висловлює скарги на порушення сну у вигляді частих нічних пробуджень протягом останніх двох тижнів, скачкоподібного зниження настрою, при домінування негативного психічного стану – сплеску бурі емоцій, зокрема образи та гніву, що виражається криком та плачем. При стримуванні емоцій має скарги на відчуття тиснення в грудній клітці. Відмічає схуднення, наявність негативних думок, що постійно повторюються.

За згодою клієнтки отримано психічний статус від психіатра: контакт продуктивний, орієнтація в місці, часі, оточенні і власній особистості не порушена. Скарги висловлює самостійно. Патології у сфері сприйняття не має. Пам'ять та інтелект без значних змін. Знижена здатність до концентрації уваги. Мислення і мова в прискореному темпі, судження песимістичні. Маячіння не продукує. Загальний фон настрою знижений з виразним тривожним компонентом, суїцидальні тенденції відсутні. Вищі почуття розвинуті достатньо, нижчі – харчове, орієнтовне, статеве – помірно ослаблені. Клієнтка астенизована, активна увага легко виснажується. Критика до свого стану збережена.

Психодіагностичне обстеження.

Клієнтка обстежена за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). При зверненні до психолога рівень тривоги був 11 балів, депресії – 9 балів, тобто були наявні клінічно виражені критерії тривоги. За шкалою депресії А.Бека продіагностовано легку форму депресії.

За шкалою для оцінки тривоги (HAM-A) при зверненні до психолога клієнтка набрала 14 балів, що свідчить про низький (ближчий до середнього) ступінь вираженості тривожного розладу.

Клієнтка обстежена за допомогою опитувальника якості життя SF-36. Результати опитувальника відповідають задовільним значенням якості життя по всім шкалам, крім психологічного здоров'я (MH=26,00) та болю (P=48,00) та дещо знижені показники шкал життєздатності (VT=34,00) та соціального функціонування (SF=49,00). Фізичний компонент здоров'я (PH) склав 51,43, психологічний (MH) – 28,37.

Загальний показник інтенсивності суб'єктивних фізичних скарг (за Гісенським опитувальником психосоматичних скарг) становить 58%. Зокрема, домінуючими психосоматичними скаргами у клієнтки є «біль у різних частинах тіла» (26%), «виснаження» (29 %) та «серцеві скарги» (31%).

За анкетною діагностики психосоматичних

розладів за Чабаном О. та Хаустовою О. ствердними судженнями у клієнтки виявлено такі: «у мене буває поганий настрій, відчуття безнадії»; «я часто буваю нестерпною і дратівливою»; «я занадто занурена у спогади про минуле»; «у мене поганий і неспокійний сон»; «я часто нервую»; «я втратила інтерес до своєї зовнішності»; «я з песимізмом дивлюсь у майбутнє»; «мене відвідують тривожні думки і страхи»; «я стала частіше плакати».

За шкалою самооцінки депресії та тривоги (за О.Чабаном та О. Хаустовою) визначено 5 ствердних відповідей на тези «я відчуваю постійний сум та пригніченість»; «я помітно втратила вагу або навпаки – значно погладшала»; «у мене порушений сон»; «у мене періодично виникає серцебиття»; «останнім часом я часто плачу».

З'ясовано виражений середній ступінь прояву соматичних симптомів (за результатами діагностики психосоматичних скарг за О.Чабаном та О. Хаустовою).

За даними психодіагностики можна зробити висновок, що фізичний стан клієнтки не обмежує виконання фізичного навантаження (самообслуговування, виконання фізичної зарядки тощо). Повсякденна діяльність не обмежена фізичним станом клієнтки. Інтенсивність болю іноді обмежує здатність клієнтки займатися повсякденними справами, однак значно не обмежує активність. Фізичний компонент здоров'я клієнтки є трохи вищим за середній. У клієнтки знижена життєва енергія. Наявне певне (свідоме) обмеження соціальних контактів у зв'язку з погіршенням загального стану. Переважає значне погіршення психологічного компоненту здоров'я, що могло бути спровоковане тривалим тривожним станом.

Психотерапевтична інтервенція.

У ході консультування було з'ясовано, що причиною пригніченого стану є розлучення з чоловіком, втрата роботи, хворобливі прояви та симптоми в тілі. У вивченні генезу психосоматичних скарг клієнтки, зокрема щодо болю в ділянці грудної клітки та загального виснаження, було визначено, що серцеві скарги стосуються переважно розриву відносин з чоловіком, нелюбові до себе та переживанням самотності і втрати загальною; загальний стан виснаження вказує на депресивні прояви і, як наслідок, небажання працювати, зосереджувати увагу на актуальних потребах і цілях, клієнтці характерні всеохоплюючий патогенний емоційний фон та несвідомий вибір страждати протягом тривалого часу як спосіб реагування на події у житті.

В результаті тривалого витіснення негативних і пригнічених емоцій, відчуття втрати себе, бажання зникнути було підкріплене організмом як загальне виснаження і втома. Вторинною причиною від нестійкого психоемоційного та хворобливого стану клієнтки було виявлено спосіб звернути на себе увагу, відчувати співчуття від рідних, близьких і друзів, що «зручно» отримувати саме в такому стані.

З клієнткою Н. було проведено комплексне консультування та психотерапія. Клієнтка паралельно відвідувала лікаря-терапевта (з власної ініціативи), слідувала їхнім вказівкам щодо покращення стану здоров'я.

Під час психотерапевтичної інтервенції було застосовано окремі техніки і схеми роботи психосоматичного підходу, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), саногенного мислення, глинотера-

пії, арт-терапії, процесуального підходу.

Метод психосоматики у поєднанні зі схемами роботи в КПТ стала методом вибору в даному випадку. Психосоматична робота проводилась спочатку 2 рази на тиждень. Загалом проведено 15 сесій.

Звіт про перебіг психологічного консультування і психотерапії подано у таблиці 1.

Таблиця 1.
Звіт про перебіг психологічного консультування і психотерапії

1	Діагностична сесія. Клінічне інтерв'ю, збір інформації для побудови формулювання проблеми клієнтки, визначення основних цілей та завдань психотерапії, психодіагностика.
2	Консультування. Побудова формулювання проблеми разом з клієнткою, спільне обговорення завдань психотерапії, узгодження цілей психотерапії. Ознайомлення клієнтки зі схемами психосоматики, моделлю КПТ (когнітивно-поведінкової терапії), СГМ (саногенного мислення), психоедукація. Д/з – прочитати книгу Джон Кехо «Підсвідомість може все».
3-4	Початок дослідження симптомів за допомогою методів психосоматики. Рефлексивний аналіз генези прояву тривалого суму та тривоги. Обговорення прочитаної книги Джон Кехо «Підсвідомість може все».
5	Активна робота по дослідженню та аналізу вторинної вигоди від психосоматичних скарг. Пошук ресурсного стану. Робота з метафоричними асоціативними картами. Д/з – отримувати увагу та піклування про себе у стані здоров'я (без «виходу у хворобу»), впровадження ресурсів, ведення рефлексивного щоденника (по самодослідженню власного психоемоційного стану).
6	Аналіз домашнього завдання щодо аналізу вторинної вигоди та застосування ресурсного стану у повсякденному житті. Відстеження емоційного стану в процесі роботи над симптомом. Робота з диханням. Д/з – використовувати техніку глибокого і короточасного дихання у ситуації тривоги або стресу для заповільнення і з метою заспокоєння, ведення рефлексивного щоденника.
7	Психоедукація. Обговорення домашнього завдання. Залучення схем роботи КПТ. Робота з бланком щодо прояву деструктивних думок, суджень на негативних установок (за А.Беком, А.Еллісом). Д/з – виписати усі деструктивні судження, які виникали у клієнтки протягом останніх двох тижнів і знайти адаптивні відповіді на них за схемою роботи бланку, ведення рефлексивного щоденника.
8	Продовження психоедукації та роботи в КПТ. Перевірка домашнього завдання підбору адаптивних думок на виявлені деструктивні судження клієнтки. Тлумачення принципу АВС. Навчання техніці дистанціювання від негативних думок на прикладі посилення симптомів клієнтки. Пояснення адекватності посилення симптомів як способі звичного реагування у випадку стресу або наруги. Д/з – навести 3 приклади з повсякденного життя по типу АВС, застосування техніки дистанціювання від негативних думок в процесі переживання стресу, ведення рефлексивного щоденника.
9	Обговорення домашнього завдання, оцінка успішності виконання пацієнткою техніки дистанціювання від негативних думок. Робота з тілесними затисками у вигляді симптому (м'язева релаксація, дихання, робота по зосередженню на емоційній стороні психічного стану). Д/з – виконання техніки глибокої м'язової релаксації на розслаблення усіх частин тіла, ведення рефлексивного щоденника.
10	Допомога клієнтці в ідентифікації почуттів та поєднанні їх зі змістом ситуації з метою зниження рівня емоційної напруги та визначення кризи через окремі події та проблеми. Робота з емоційним станом та сприйняттям себе за допомогою арт-технік та психосоматичного підходу. Д/з – ведення рефлексивного щоденника.
11	Глинотерапія в роботі з психосоматикою як спосіб виразити витіснені негативні емоції. Вихід на актуальні потреби клієнтки. Д/з – задовільнити актуальні потреби у зручній для клієнтки способі, ведення рефлексивного щоденника.
12-13	Обговорення успішності виконання техніки м'язової релаксації. Ментальний аналіз психоемоційного стану клієнтки. Робота з базовими емоціями за допомогою саногенного мислення (СГМ). Д/з – аналізувати причини виникнення емоцій за допомогою СГМ, які виникають протягом дня, ведення рефлексивного щоденника, робота з диханням, продовження застосування техніки м'язової релаксації.
14	Обговорення домашнього завдання по аналізу домінуючих емоцій та причин їх виникнення. Формування позитивного налаштування на одужання та приємне сприйняття навколишнього, формування позитивної установки на побудову соціальних контактів. Д/з – написання листа вдячності, продовження ведення рефлексивного щоденника.
15	Обговорення домашнього завдання. Робота з цінностями і цілями на майбутнє. Постановка довгострокових цілей на майбутнє. Оцінка та підсумок зробленої роботи, обговорення ситуацій, які б могли призвести до повторного переживання тривоги, тривалого стресу; обговорення базових технік по самостійному врегулюванню психоемоційного стану клієнтки.

Результати психотерапевтичного втручання

Для оцінки ефективності проведеної психосоматичної психотерапевтичної роботи, доцільності її поєднання з фармакотерапією, моніторингу змін стану клієнтки було вирішено провести контрольне психодіагностичне обстеження після закінчення психотерапевтичної інтервенції. Використані опитувальники відзначаються високою надійністю, валідністю й дозволяють ефективно оцінити зміни стану.

За Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) у клієнтки після проведення психотерапевтичної інтервенції рівень тривоги став 7 балів, депресії – 6 балів, тобто рівень тривоги знизився до нормального значення, а показник депресії вказує незначну субклінічну вираженість.

За шкалою для оцінки тривоги (HAM-A) показник складає 11 балів, що свідчить про відсут-

ність тривоги. За опитувальником якості життя SF-36 психологічний компонент здоров'я дорівнює 43,87, фізичний компонент – 54,11, що вказує на покращення стану клієнтки після психотерапевтичного втручання методом психосоматики і КПТ. Загальний показник інтенсивності суб'єктивних фізичних скарг (за Гісенським опитувальником психосоматичних скарг) становить 34 %.

Завдяки використанню базових когнітивних технік, саногенного мислення та релаксації покращилась соціальна взаємодія клієнтки зі світом, відбулись позитивні зрушення щодо зміни мислення та сприйняття навколишнього середовища, зріс показник загального здоров'я. Після проведення психотерапевтичної інтервенції, зокрема психосоматичного впливу, суттєво знизився рівень тривожності, що безумовно відобразилось на психоемоційному стані клієнтки та від-

сутності частих психосоматичних скарг.

Висновки

Даний випадок поєднує в собі тривожні, депресивні симптоми і психосоматичні скарги. У клієнтки відмічено вираженість психосоматичних симптомів. Поєднання медикаментозних та психотерапевтичних методів (зокрема методу психосоматики і КПТ) дає позитивні результати в короткий термін, дозволяє знизити тривожність клієнтки, а також значно зменшити рівень прояву психосоматичних скарг.

Робота по опису випадку дає можливість завершення незавершених переживань психолога під час терапевтичного заняття, тому що незавершені переживання фахівця можуть вносити спотворення в наступну консультацію. Крім того, опис випадку дає можливість помітити і реорганізувати свій власний опір (опір психотерапевта/психолога) та зробити терапевтичну працю частиною особистісного зростання самого фахівця.

Отже, завдяки аналізу терапевтичного випадку помічаємо наступне: фокусування свідомості, завершення незавершених переживань, увагу до свого опору, асиміляція досвіду.

Реферат

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОЖНОМ СОСТОЯНИИ КЛИЕНТА С ВЫРАЖЕННЫМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЖАЛОБАМИ

Гильман А. Ю.

Ключевые слова: краткосрочная психологическая помощь, психосоматические проявления, жалобы, тревожное состояние, психотерапевтическая интервенция.

В статье представлено описание терапевтического случая краткосрочной психологической помощи при тревожном состоянии клиента с выраженными психосоматическими жалобами. Описаны психосоматические проявления клиента, его психический статус, анализ психодиагностического обследования, ход психотерапевтической интервенции клиента, результаты исследования. Цель: описать и проанализировать терапевтический случай краткосрочной психологической помощи при тревожном состоянии клиента с выраженными психосоматическими жалобами. Материалы и методы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии А. Бека, шкала для оценки тревоги (HAM-A), опросник качества жизни SF-36, Гиссенской опросник психосоматических жалоб, анкета диагностики психосоматических расстройств по О. Чабану и А. Хаустовой, шкала самооценки депрессии и тревоги по О. Чабану и А. Хаустовой, диагностика психосоматических жалоб по О. Чабану и А. Хаустовой. Результаты: По результатам психодиагностического обследования установлено, что у клиентки выражена тревога и легкая форма депрессии, низкая (ближе к среднему) степень выраженности тревожного расстройства, отслежены сниженные показатели шкал жизнеспособности, психологического и физического здоровья и социального функционирования; повышенный общий показатель интенсивности субъективных физических жалоб с преобладанием психосоматических жалобами на боль в разных частях тела, истощение и сердечные жалобы; выраженная средняя степень проявления соматических симптомов. Преобладает значительное ухудшение психологического компонента здоровья. Физический компонент здоровья клиентки немного выше среднего. В клиентки снижена жизненная энергия. С клиенткой было проведено комплексное консультирование и психотерапия.

Выводы. После проведения психотерапевтической интервенции, в частности психосоматического воздействия, существенно снизился уровень тревожности, что безусловно отразилось на психоэмоциональном состоянии клиентки и отсутствия проявления частых психосоматических жалоб.

Summary

THERAPEUTIC CASE REPORT: SHORT-TERM PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO A PATIENT WITH ANXIETY AND PRONOUNCED PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS

Hilman A. Yu.

Key words: short-term psychological aid, psychosomatic manifestations, complaints, anxiety, psychotherapeutic intervention.

The purpose of this paper was to present and analyze a therapeutic case report of short-term psychological assistance to a client with anxiety and pronounced psychosomatic complaints. The article describes the psychosomatic manifestations presented by the client, the assessment of her mental status, the analysis of

Література

1. Aleksander F. Psykhosomatykeskaia medytyna. [Psychosomatic medicine]. Moskva; 2002. 352 p. (Russian).
2. Ammon H. Psykhosomatykeskaia terapiya [Psychosomatic therapy]. SPb.; 2000. 238 p. (Russian).
3. Voronov MV. Psykhosomatyka [Psychosomatics]. Kyiv; 2011. 254 p. (Russian).
4. Hrynberh Dzh. Upravlenye stresom [Stress management]. SPb.; 2002. 496 p. (Russian).
5. Didkovska LI. Psykhosomatyka: osnovy psykhodiahnostyky ta psykhoterapii. [Psychosomatics: the basics of psychodiagnosis and psychotherapy]. Lviv; 2010. 264 p. (Ukrainian).
6. Krainiuk VM. Psykholohiia stresostiikosti. [Psychology of stress resistance]. Kyiv; 2007. 431 p. (Ukrainian).
7. Malkyna-Pykh YH. Ekstremalnye sytuatsyy: Spravochnyk praktycheskoho psykhologa. [Extreme Situations: Handbook of Practical Psychologist]. Moskva; 2005. 959 p. (Russian).
8. Nakazna IM. Psykhosomatyka. [Psychosomatics]. Nizhyn; 2010. 132 p. (Ukrainian).
9. Nykolaeva VV. Vliyanye khronicheskoi bolezny na psykhyku. [Impact of chronic illness on the psyche]. Moskva; 1987. 168 p. (Russian).
10. Nykolaeva VV. Aryna HA. Klynyko-psykholohycheskye problemy psykhology telesnosti [Clinical and psychological problems of body psychology]. Psykholohycheskyi zhurnal. 2003;1(24):119-126. (Ukrainian).
11. Sandomyrskiy ME. Psykhosomatyka y telesnaia psykhoterapiya [Psychosomatics and psychology of the body]. Moskva; 2007. 592 p. (Ukrainian).
12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Andersson G, Beekman A. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry. 2014; 13(1): 56-67.

findings obtained by psychodiagnostic examination, the course of the client's psychotherapeutic intervention and the outcomes achieved. The methodology included Hospital Alarm and Depression Scale (HADS), A. Beck Depression Scale, Alarm Scale (HAM-A), SF-36 Quality of Life Questionnaire, the Gisen Psychosomatic Complaint Questionnaire, Psychosomatic Disorders Questionnaire by Chaban O. and Haustova O., the self-esteem scale of depression and anxiety according to Chaban O. and Haustova O., diagnostic techniques of psychosomatic complaints according to Chaban O. and Haustova O. Results: According to the results of the psychodiagnostic examination, the client was found to have expressed anxiety and mild depression, low level of anxiety disorder, lowered indicators of viability, psychological and physical health and social functioning according to the scales mentioned above. The patient demonstrated an increased overall rate of subjective physical complaints with prevalence of psychosomatic complaints of pain in different parts of the body, exhaustion and cardiac symptoms, as well as moderate manifestation of somatic symptoms. A significant impairment of the patient's psychological health component was diagnosed. The client's physical health component was slightly above average, vital energy was reduced. Integrated counselling and psychotherapy were conducted with the patient. Conclusions. Following the psychotherapeutic assistance, and in particular, psychosomatic therapy, the anxiety level significantly decreased that resulted in somewhat amelioration in the psycho-emotional state of the patient and dying out of frequent psychosomatic complaints.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.222

УДК 616.5-004-06

Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Гордієнко О.В., Мороз Т.В.

ІНФЕКЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРОГО НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Комунальне підприємство

«Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради», м. Полтава

Системна склеродермія – автоімунне захворювання сполучної тканини, з характерним ураженням шкіри, судин, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (нирки, серце, легені, травний канал), в основі якого лежить порушення мікроциркуляції, запалення і генералізований фіброз. На попередньому етапі діагностики особливе значення має тріада початкових ознак захворювання: синдром Рейно, характерне ураження шкіри, суглобовий синдром. Надалі в процес залучаються численні органи і тканини. Інфекційні ускладнення займають одне з провідних місць в структурі смертності пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини, поряд з кардіоваскулярними і онкологічними захворюваннями. На підставі аналізу ретроспективних даних встановлено, що частота коморбідних інфекцій у стаціонарних пацієнтів з ревматичними захворюваннями склала 9,7% з переважним ураженням органів дихання (44%), сечовивідних шляхів (29,2%), шкіри і м'яких тканин (18,9%). Найбільш часто коморбідні інфекції зустрічаються у хворих системним червоним вовчак (28,4%) і ревматоїдним артритом (13,2%). Інфекції становлять 2-9% всіх причин смерті хворих на системну склеродермію. Реєструються випадки тяжких інфекцій (пневмонія, сепсис, бактеріальний артрит, ураження шкіри і м'яких тканин та ін.), в тому числі з летальним наслідком. Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що протікають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. В статті представлено клінічний випадок підгострого перебігу системного склеродермії з поліорганними ураженнями: легень (пневмофіброз, легенева гіпертензія), серця (рестриктивна кардіоміопатія, тріпотіння передсердь), нирок (нефрит) з приєднанням тяжких інфекційних ускладнень (септицемія, флегмона м'яких тканин лівої ноги), який, на нашу думку, може представляти певний клінічний інтерес. Представлений клінічний випадок наочно демонструє тяжкий підгострий перебіг з поліорганними ураженнями: легень, серця, нирок, травного тракту. На тлі імунodefіциту приєдналися тяжкі інфекційні ускладнення, зокрема септицемія, флегмона м'яких тканин, зі складним патогенезом, які зажадали тривалої інтенсивної терапії.

Ключові слова: системна склеродермія, поліорганні ураження легень, серця, нирок, флегмона м'яких тканин, сепсис.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів» (номер державної реєстрації 0118 У 004461).

Системна склеродермія (ССД) – автоімунне захворювання сполучної тканини, з характерним ураженням шкіри, судин, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (нирки, серце, легені, травний канал), в основі якого лежить порушення мікроциркуляції, запалення і генералізований фіброз. Це захворювання поширене у всьому

світі. Середня захворюваність складає 12-14 випадків на 1 млн. населення. Хворіють зазвичай особи у віці 30-40 років, жінки хворіють в 4-8 разів частіше чоловіків (співвідношення 7:1) [1].

На попередньому етапі діагностики особливе значення має тріада початкових ознак захворювання: синдром Рейно, характерне ураження