

5. Выявление множественных очагов с перифокальным отеком при обследовании головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии дают основание с большой уверенностью заподозрить церебральный токсоплазмоз. Вместе с тем, наличие единичных очагов не должно препятствовать диагностике токсоплазмоза головного мозга.

Литература:

1. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2009/2010 / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант // П. Фарм. – М.: РВалент, 2010. – 490 с.
2. Беляков Н.А., Сизова Н.В., Торопов С.Э и др. Фармакоэкономический анализ высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ инфекции к резистентности // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2010. – Т.2. №4. – С. 17.
3. Беляков, Н.А. Нейронауки и ВИЧ инфекция / Н.А. Беляков, Т.Н. Трофимова, В.В. Рассохин // Медицинский тематический архив – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, – 2013. – 306 с.
4. Грачёва Л.И. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение токсоплазмоза: метод, рекомендации /Л.И.Грачева, Д.Б.Гончаров. – М.:Медицина, 1998. – 43 с.
5. Губарева Е.В., Гончаров Д.Б. и др. Использование иммунологических и молекулярно-биологических методов для диагностики церебрального токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2013 №1. – С. 7–12.
6. Долгих Т.И., Запарий Н.С., Кадцына Т.В., Калитин А.В. Эпидемиологический и клинико-иммунологический мониторинг токсоплазмоза в Омской области // Мед.паразитология и паразитар. болезни. – 2008. - №1. – С.19 – 22.
7. Ермак Т.Н. Клинические особенности и структура оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в России: дис. в виде науч. докл....д-ра мед.наук. – М., 1999. – 260 с.
8. Пашанина Т.П., Напалкова Г.М., Корсакова И.И., Мананков В.В. Распространение токсоплазмоза и методы его лабораторной диагностики // Мед.паразитология и паразитар. болезни. – 2005. - №1. – С.51–54.
9. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАРМЕД, 2003. – 488 с.
10. Сарсекеева Н.Е. ВИЧ-инфекция и токсоплазмоз/ Н.Е. Сарсекеева // Фундаментальные исследования . – 2014. - №10. – 10 с.

УДК 616.911:616-022.7

Т.В. Спильник, П.Л. Кузнецов
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В19
Кафедра инфекционных болезней
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

T.V. Spilnik, P.L. Kuznetsov

CLINICAL CASE: PARVOVIRUS INFECTION B19

Department of infectious diseases

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: spilnik.tatyana@yandex.ru

Аннотация. В статье продемонстрирован клинический случай парвовирусной инфекции у взрослого пациента. Рассмотрены сложности дифференциальной диагностики данной патологии по клинико-анамнестическим и лабораторным показателям. Поставлен вопрос о связи перенесенной парвовирусной инфекции с развитием болезни Стилла взрослых.

Annotation. In article the clinical case of human parvovirus infection B19 in the adult patient. Discusses a difficulty of differential diagnostics of this pathology. The etiology of Still's disease are considered with focus on the role of parvovirus B19.

Ключевые слова: парвовирусная инфекция B19, болезнь Стилла у взрослых

Keywords: parvovirus infection B19, Still's disease

Широко распространенная инфекция человека, вызванная парвовирусом B19, проявляется как острое неспецифическое гриппоподобное состояние. У детей оно нередко сопровождается кожной сыпью и яркой эритемой щек и называется erythema infectiosum ("пятая болезнь") [1].

Парвовирус B19 передается воздушно-капельным путем и может заражать людей любого возраста. Клетками-мишенями для вируса являются предшественники эритроцитов. В результате их инфицирования происходит гибель клеток, временная остановка эритропоэза, исчезновение ретикулоцитов и снижение гемоглобина [2].

Проспективные клинические наблюдения показали, что острая инфекция, вызванная вирусом B19, может сопровождаться воспалительной артропатией. Нередки случаи развития изолированного артрита без характерных предшествующих или сопутствующих проявлений инфекции. Суставной синдром развивается у 5-8% инфицированных детей и 60% инфицированных взрослых. Нередко у женщин артрит приобретает затяжное течение и может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, напоминая серонегативный ревматоидный артрит [1].

Ряд симптомов при инфекции, вызванной парвовирусом B19, сходны с проявлениями системной красной волчанки (СКВ): лихорадка, кожные сыпи, артралгии, цитопении, анемия, антиядерные антитела и др., в связи с чем при

этой инфекции выделяют синдром, напоминающий воспалительное заболевание соединительной ткани [1].

Таким образом, разнообразие клинических проявлений обуславливает определенные трудности в дифференциальной диагностике данной инфекции с такими заболеваниями как псевдотуберкулез, системные заболевания соединительной ткани, цитомегаловирусная инфекция (мононуклеозоподобная форма) и др.[2].

Также в современной литературе имеются определенные данные о связи перенесенной парвовирусной инфекции с развитием заболеваний с аутоиммунным компонентом. При демонстрации данного клинического случая поставлен вопрос о связи вероятного развития болезни Стилла взрослых с перенесенной инфекцией [1,3].

Цель исследования – демонстрация диагностики парвовирусной инфекции В19 на примере клинического случая заболевания молодой женщины.

Материалы и методы исследования

Изучены особенности клинико-анамнестических проявлений заболевания, объективного осмотра и инструментальных данных. Для исследования были использованы: медицинская карта стационарного больного МАУ ГКБ№40, выписной эпикриз из St.Elisabeth-hospitalMeerbusch-Lank.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка К., 21 год, поступила 24.12.2015 в инфекционное отделение ГКБ№40 г. Екатеринбурга по СМП с диагнозом «ОРВИ. Аллергический дерматит».

Ан.мorbi: с 17.12.2015 отмечала повышение температуры до 38,5°C градусов с ознобом и головной болью. Самостоятельно принимала парацетомол с улучшением – нормализовалась температура, но сохранялась слабость. 24.12.2015 вновь появилась лихорадка до 40°C; 25.12.2015 госпитализирована в инфекционное отделение ГКБ№40.

При первичном осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, менингеальных знаков нет. АД 110/70 мм.рт.ст., Ps.-70 в мин.. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

По результатам обследований от 24-25.12.2015:

ОАК, ОАМ (табл.1)

Биохимия крови: общий белок 59 г/л, АЛТ 152 U/I, АСТ 176 U/I, билирубин 12,7 мкмоль/л, прокальцитонин 0,72 нг/мл, ГГТП 97 U/I, сахар 3,9 ммоль/л, ЛДГ 465 ед/л, креатинин 86 ммоль/л, фибриноген 3,8 г/л, ферритин 618 мкг/л.

Иммунология: СРБ 111,9 мг/л.

Проба по Нечипоренко: лейкоциты 8750 в мл., эритроциты 0 в мл.

Бактериологический посев крови на стерильность: отрицательный трехкратно.

Коагулограмма: ПТИ 81,9; МНО 1,12.

ЭКГ: синусовый ритм 100/мин.

ФГДС: поверхностный гастрит, рубцовая деформация луковицы ДПК.

УЗИ брюшной полости и почек: спленомегалия, небольшой ротационный нефроптоз справа, удвоение ЧЛС правой почки.

Рентгенография грудной клетки: без патологии.

25.12.2015 пациентка была переведена в урологическое отделение в связи с подозрением на неокклюзионный восходящий пиелонефрит, получала цефтриаксон. На фоне терапии сохраняется лихорадка, появляется пятнисто-папулезная сыпь, локализованная преимущественно вокруг суставов, боли в горле, мышцах и суставах, диарейный синдром (трехкратный жидкий стул), синдром верхней диспепсии (рвота). Лабораторно – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гиперферментемия (см. табл.1).

При осмотре отоларинголога – выявлена гиперемия миндалин, налеты в лакунах. Данных за паратонзиллярный абсцесс нет.

28.12.2015 пациентка была переведена в инфекционное отделение, где далее проводилась дифференциальная диагностика заболевания. В результате исследований возбудители дифтерии, а также сальмонеллы, кампилобактерии, ЦМВ, вирус герпеса человека 6 типа, ротавирус, астровирус, норовирус, иерсинии, вирусы ВИЧ, гепатитов В и С не были обнаружены. Тем не менее, на основании клинической картины был поставлен диагноз «псевдотуберкулез, смешанная форма, средней степени тяжести» и назначена терапия ципрофлоксацин + преднизолон 60 мг. в сут. внутривенно с увеличением до 120 мг в сут. через 3 дня. На фоне терапии температура нормализовалась, однако после отмены ГКС развились артриты коленных суставов, возобновилась пятнисто-папулезная сыпь с локализацией на лице, руках, груди, ногах. Продолжен преднизолон 30 мг. в сут. в таблетках с некоторым улучшением.

11.01.2016 пациентка была осмотрена ревматологом – с учетом клинических проявлений (лихорадка, боли в горле, сыпь, суставной синдром, спленомегалия) и лабораторных данных (повышение трансаминаз, ферритина, лейкоцитоз) (табл.1) был поставлен диагноз «болезнь Стилла взрослых», и осуществился перевод в ревматологическое отделение, где был продолжен прием ГКС (преднизолон 30 мг в сут.) в комбинации с иммунодепрессантом (азатиоприн 100 мг в сут.) и НПВС (диклофенак 75 мг) с положительной динамикой – купирование артритов, кожных проявлений, снижение лейкоцитоза и СОЭ.

При выписке состояние пациентки было удовлетворительным, суставной синдром регрессировал. Лабораторные показатели так же были стабильны. Были даны следующие рекомендации: наблюдение ревматолога по месту жительства, продолжение терапии (диклофенак 150 мг в сут., преднизолон 30 мг в сут., омез 20 мг на период приема ГКС, азатиоприн 100 мг в сут.) под контролем лабораторных и клинических показателей.

Таблица

Динамика показателей ОАК и ОАМ

Общий анализ крови										
	Er.10 ^{12/л}	Hbг/л	Tr.10 ^{9/л}	Le.10 ⁹	Эоз %	Пал %	Сегм %	Лим %	Мон %	СОЭ мм/ч
Норма	3,9-4,7	120-140	180-320	4,0-9,0	0,5-5,0	1+6	47-72	19-37	3-11	1-15
25.12.15	4,5	123	85	13,3		19	64	9	8	12
31.12.15	3,8	105	200	11,6	0,1		84,9	9,5	5,4	25
11.01.16	4,7	124	512	32,1	1	16	70	9	2	40
19.01.16	4,7	122	277	1,0	1	11	74	10	3	35
Общий анализ мочи										
	Плотн	pH	Бел.	Сах.	Эпит.	Эр.	Лей.	Цил.	Сол.	Бак.
Норма	1008 - 1026	4,5-8,0	Отр./следы	Отр.	Отр./незн. ач.	0-2 в п/з	0-6 в п/з	Отр.	Отр.	Отр./незн. ач.
25.12.15	1,020	6,5	1,0	Отр	Отр	Отр	Отр	Отр	Отр	+
19.01.16	1,020	6,50	Отр.	Отр	Отр	Отр	Отр	Отр	Отр	Отр

17.02.2016 – консультация ревматолога St.Elisabeth-hospitalMeerbusch-Lank (Германия). По результатам серологического обследования:

ParvovirusB19, IgM –АТ 2,4ed/ml (> 1,0 – положительный результат)

ParvovirusB19, IgG –АТ 46,0ed/ml(> 1,0 – положительный результат)

EBV-CA-IgM-АТ 18,5ed/ml (<20 – отрицательный результат, 20-40 – пограничный результат, >40 – положительный результат)

EBV-CA-IgG-АТ 62,7ed/ml (> 20,0 – положительный результат)

EBV-EBNA 1 IgG-АТ 86,1ed/ml(<5 – отрицательный результат, 5-20 – пограничный результат, >20 – положительный результат)

Антинуклеарные IgG-АТ (ANA) 1:80 (норма <1:80)

Результаты серологического обследования соответствуют острой парвовирусной инфекции (ParvovirusB19), т.к. повышен титрIgM-АТ и IgG-АТ, а также о перенесенной инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр (EBV), т.к. повышен титрIgG-АТ.

Таким образом, учитывая анамнез, результаты ревматологического обследования и лабораторных данных, поставлен диагноз болезнь Стилла взрослых, которая, вероятно, была спровоцирована острой парвовирусной инфекцией, о чем свидетельствует высокий титр антител к данному

возбудителю. Была выбрана следующая тактика ведения пациента: Азатиоприн 50 мг 2 р.всут., пошаговое уменьшение дозы кортизона с контролем клинической симптоматики и гуморальной воспалительной активности. В случае развития хронической формы болезни Стилла, рекомендовано начать иммуносупрессивную терапию посредством препаратов, блокирующих интерлейкин I рецепторы.

Выводы:

1. Клиническая манифестация парвовирусной инфекции в данном клиническом случае позволила проводить дифференциальную диагностику данного заболевания со многими другими: острое респираторное заболевание, аллергический дерматит, псевдотуберкулёз, восходящий пиелонефрит, болезнь Стилла.

2. В данном клиническом случае болезнь Стилла, вероятно, является реактивным синдромом, патологический процесс которого был запущен парвовирусной инфекцией.

3. Необходимо выявлять пациентов с парвовирусной инфекцией для возможного предупреждения развития генетически детерминированных аутоиммунных заболеваний.

Литература:

1. Ананьева Л.П. Серологическая диагностика парвовирусных В19 инфекций при ревматических заболеваниях / Л.П. Ананьева, О.А. Конева, С.И. Солдатова // Научно-практическая ревматология 2005г. №4 с.18-23

2. Лаврентьева И.Н. Парвовирус В19 человека: характеристика возбудителя, распространение и диагностика обусловленной им инфекции / И.Н. Лаврентьева, А.Ю. Антипова // Инфекция и иммунитет 2013г, Т.3, №4, с.311-322

3. Муравьев Ю.В. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых / Ю.В. Муравьев, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. — 2011. — №2. — С. 58-65.

УДК 616-074

**Е.В. Сухорукова, Я.В. Филиппова, А.Т. Яковлев, В.Н.Павловская
КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ
ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА И ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЕЁ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ДЕФЕКТЫ**

Кафедра клинической лабораторной диагностики с курсом клинической
лабораторной диагностики ФУВ

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоград, Российская Федерация

E.V.Sukhorukova, Y.V. Filippova, A.T.Yakovlev, V.N.Pavlovskaya