

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Р.С.Майтбасова, П.К.Ишуова, А.Ж.Ахенбекова, Г.Е.Ержанова

Научный Центр педиатрии и детской хирургии МЗиСР, г.Алматы, Республика Казахстан

В статье представлен клинический случай системной красной волчанки у ребенка, маскирующийся под иерсиниозную инфекцию. Приведены критерии постановки диагноза иерсиниоз, указаны диагностические ошибки при постановке диагноза и обоснование практической значимости демонстрации данного случая.

Ключевые слова: системная красная волчанка, иерсиниоз.

На протяжении последних десяти лет неуклонно растет число ошибочных диагнозов «иерсиниоз», что приводит к необоснованной антибиотикотерапии и больные не получают адекватного лечения в специализированных отделениях [1–3]. Достаточно часто (21,1%) врачи трактуют однократное обнаружение в крови больных специфических антител к *Y. enterocolitica* и величину титра антител к *Y. enterocolitica* как лабораторное подтверждение иерсиниоза. Однако у большинства пациентов (54,1%) титр не превышает 1:200, а значит, не может считаться лабораторным подтверждением клинического диагноза. Объяснение этого кроется в интенсивной циркуляции иерсиний в окружающей среде и среди населения. По материалам центров ГСЭН, в Российской Федерации при обследовании здоровых лиц специфические антитела к *Y. enterocolitica* обнаруживаются в 0,4–4,4% проб [4, 5]. Однако иммунная прослойка среди населения значительно выше – 18,2–19,6% [6]. Серологическим критерием диагноза «иерсиниоз» следует считать не столько достижение величины «диагностического» титра специфических антител, сколько его динамику при исследовании парных сывороток с интервалом 10–14 дней. Для повышения эффективности диагностики иерсиниоза необходимо исследовать сыворотки крови больных минимум тремя методиками (РНГА, РСК, ИФА и др.) [1–7].

Таким образом, диагностические ошибки при верификации иерсиниоза, риск развития аутоиммунных ревматических заболеваний при иерсиниозе, прежде всего, таких как системная красная волчанка, системная склеродермия, серонегативная спондилоартропатия, ювенильный ревматоидный артрит и др. [4] подчеркивают актуальность своевременной и достоверной диагностики как иерсиниоза, так и системной красной волчанки. В этой связи приводится случай из практики, свидетельствующий о запоздалой диагностике системной красной волчанки с развитием вторичного антифосфолипидного синдрома.

Пациентка Ж., 12 лет. Основной клинический диагноз: М32.1 Системная красная волчанка, полиорганное поражение (гипертрофическая кардиомиопатия, эндокардит с недостаточностью митрального клапана с регургитацией 2–3 степени, васкулит, цереброваскулит, артериальная гипертензия, дерматит, алопеция, хейлит, стоматит, артралгия, миалгия) с антифосфолипидным синдромом, подострое течение, активность 3 степени. Сопутствующий диагноз: К29.9 Хронический гастродуоденит. Функциональное нарушение кишечника. Дискинезия гепатобилиарной системы по гипомоторному типу.

Жалобы при поступлении на сильные головные боли, лихорадку по вечерам до 40°C, слабость, утомляемость, вялость, недомогание, потливость, боли в грудной клетке, потерю в весе на бкг, высыпания на теле, боли в суставах, боли по ходу мышц бедра, рецидивирующий стоматит.

Анамнез заболевания: болеет с 30.01.2014г. В дебюте: повышение температуры до 40°C, слабость, утомляемость, вялость, недомогание, потливость, боли в грудной клетке. Амбулаторно получала антибактериальную терапию: пенициллиновый ряд, цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны. На фоне антибактериальной терапии отмечалось снижение температуры тела на 3–5 дней, затем повторное повышение. В динамике: лихорадка по вечерам до 40°C в течение двух месяцев, сильные головные боли, сыпь на теле, боли в суставах, рецидивирующий стоматит, потеря в весе на бкг. Общий анализ крови (ОАК) от 05.02.2014г.: гемоглобин (Hb) – 120г/л, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 273×10^9 /л, СОЭ – 47 мм/ч. Иммуноферментный анализ (ИФА) на листериоз+иерсиниоз – положительный.

С 05.03.2014г. по 14.03.2014г. обследование и лечение в городской детской инфекционной больнице. Состояние расценивалось как средне-тяжелое за счет симптомов интоксикации, лихорадки. Менингеальные знаки отрицательные.

По внутренним органам патологии не выявлено. ОАК от 06.03.2014г.: Hb – 108 г/л, тромбоциты – 234×10^9 /л, лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/ч. Биохимические анализы крови (общий билирубин и фракции, тимоловая проба, мочевины, креатинин) в пределах возрастной нормы. Бактериологическое исследование (посев) кала: *Yersinia enterocolitica* (1:200). Кровь, моча, мазок из зева на иерсиниоз – отрицательные. Кровь, кал, моча, мазок из зева на листериоз – отрицательные. Бактериологический посев мочи – отрицательный. Выставляется диагноз: Иерсиниоз, генерализованный (из кала *Yersinia enterocolitica*), среднетяжелая форма. Анемия 1 ст. В лечении используются левомецетин сукцинат в/м, ципрофлоксацин в/в, микосан внутрь, симптоматическая терапия. Несмотря на проведенную антибактериальную терапию, лихорадка сохранялась, самочувствие оставалось резко нарушенным, продолжали беспокоить сильные головные боли.

В амбулаторных условиях было продолжено обследование: 1) Бактериологическое исследование биоматериала (зев, моча, кал) в лаборатории НЦ карантинных и зоонозных инфекций на листериоз, иерсиниоз, пастерелез – отрицательные (26.03.2014г.). 2) Кровь (сыворотка) РНГА с антигенными диагностикумами (кишечноиерсиниозным, псевдотуберкулезным, пастерелезным, листериозным, туляремийным, бруцеллезным) – отрицательные (27.03.2014г.). 3) СРБ, РФ, АСЛ-О – отрицательные. 4) Вирус Эбштейн-Барра IgG – 2,343 (норма 0,203). 5) ЛЕ-клетки отрицательные. 6) Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца расширена в поперечнике, КТИ – 53%. 7) ЭКГ – повышение электрической активности левого желудочка. 8) Эхокардиография (ЭхоКГ) (29.08.2013г., 12.02.2014г.) – без патологии. 9) Консультация и заключение кардиолога: Вторичный кардит на фоне иерсиниозной инфекции. К лечению был добавлен диклофенак 25 мг 3 раза в сутки – без эффекта. 10) Консультация и заключение детского ревматолога в Научном центре педиатрии и детской хирургии: Системная красная волчанка, люпус-дерматит, стоматит, васкулит, панкардит, гепатит, активность 3 степени (25.07.2014г.).

Анамнез жизни: от 1 беременности и родов. Вес при рождении – 3100 гр., длина – 51см. Профилактические прививки по национальному календарю. Росла и развивалась соответственно возрасту. С туберкулезными и инфекционными болезнями в контакте не была. Состоит на диспансерном учете у невропатолога. Наследственность отягощена: у мамы системная красная волчанка. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. Аллергоанамнез: без особенностей.

Состояние при поступлении 29.07.2014г. расценивалось как тяжелое за счет симптомов общей интоксикации, полиорганного поражения. Рост – 138см, вес – 24кг. Самочувствие резко нарушено. Аппетит резко снижен. Сон нарушен. Эмоционально лабильна. Лихорадка (38-40°C). Со стороны кожи и слизистых оболочек: симптомы остаточного афтозного стоматита, хейлита, сухость, сетчатое ливедо, диффузная алопеция (особенно выраженная надо лбом). Симптомы тромбоваскулита (синюшность дистальных фаланг 1 и 2 пальцев правой кисти, нарушение микроциркуляции, кисти и стопы холодные). Периферические лимфатические узлы: увеличен заднешейный лимфоузел слева, при пальпации безболезненный, не спаянный с близлежащими тканями. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая – по парастернальной линии, левая – на 2,0 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя – 3 межреберье. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС 110 ударов в минуту, систолический шум интенсивный, грубый с эпицентром на верхушке с иррадиацией в левую подмышечную область. АД 140/85-130/80 мм рт. ст. Пульс симметричный, пониженного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, безболезненный. Край печени у реберной дуги, при глубокой пальпации безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, тенденция к запору. Почки и мочевыделительная система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Диагноз системной красной волчанки был подтвержден результатами лабораторных исследований: тромбоцитопения ($87,7 \times 10^9$ /л), лейкопения ($3,5 \times 10^9$ /л), резко ускоренная скорость оседания эритроцитов (65 мм/час); выявление антинуклеарных антител (5,78), антител к нативной (двухспиральной) ДНК (71,2Ед/мл) и к денатурированной (односпиральной) ДНК (67,92Ед/мл); обнаружение волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидных антител (62,9МЕ/мл), ЛЕ-клеток, ЛЕ-розеток, гематоксилиновых телец; гипокомплементемия – снижение С3 (0,58 г/л) и С4 (0,148г/л); повышение СРБ (95мг/л), ферритина (272,6 нг/мл), протромбинового индекса (150,5%), снижение агрегационной способности тромбоцитов. Диагноз также подтверждался результатами инструментальных исследований. Эхокардиография: резко выраженная гипертрофия всех стенок сердца и задней папиллярной мышцы левого желудочка, симптомы вальвулита митрального клапана с недостаточностью МК и регургитацией 2–3 степени, дилатация левого предсердия, перикардит. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭКГ-признаки

гипертрофии миокарда левого желудочка, замедление предсердно-желудочковой проводимости, выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков. Рентгенограмма органов грудной клетки: кардиомегалия, кардио-торакальный индекс 70%. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек: выраженные реактивные изменения в печени, признаки застоя желчи в желчном пузыре. Проведены консультации специалистов (фтизиатра, онкогематолога, нефролога, гастроэнтеролога). Проведенное лечение: глюкокортикоиды (пульс-терапия метипредом 15 мг/кг/сутки, затем метипред 1 мг/кг/сутки внутрь), цитостатические иммунодепрессанты (циклофосфамид 15 мг/кг в месяц), антикоагулянты прямого действия (гепарин 250 мг/кг/сутки), антиагреганты (дипиридамол 3 мг/кг/сутки), гипотензивные препараты (нормодипин, капотен), диуретики (фуросемид, верошпирон), ортофен по 25 мг 3 раза в сутки, симптоматическая терапия. Состояние при выписке с положительной динамикой по клиническим данным, подтверждающимся лабораторными данными (нормализация острофазовых показателей воспаления, тромбоцитов).

Особенностью приведенного случая из практики является постановка диагноза иерсиниоза при однократном обнаружении в кале специфических антител к *Y. enterocolitica* как лабораторное подтверждение иерсиниоза. Как было выше указано, серологическим критерием диагноза «иерсиниоз» следует считать не столько достижение величины «диагностического» титра специфических антител, сколько его динамику при исследовании парных сывороток с интервалом 10–14 дней, а также необходимо исследовать сыворотки крови больных минимум тремя методиками (РНГА, РСК, ИФА и др.) [1–7]. Иерсиниоз, как правило, протекает в форме острого инфекционного заболевания, при этом длительность его течения не превышает полтора месяца, реже заболевание переходит в подострую форму и продолжается до трех месяцев и еще реже иерсиниоз протекает как хроническое заболевание и продолжается более полугодя [1–3, 6].

В этой связи возникает вопрос: «А был ли у пациентки иерсиниоз?» Возможно, было подострое начало аутоиммунного заболевания как системная красная волчанка? Диагноз системной красной волчанки был выставлен лишь более чем через 6–7 месяцев спустя. Ретроспективно сложно судить: был ли иерсиниоз или нет? Как известно, основными симптомами иерсиниоза являются поражение желудочно-кишечного тракта и аллергическая перестройка организма, и к основным последствиям иерсиниоза для пациента можно отнести хронические заболевания желудочно-кишечного тракта,

которые могут развиваться на фоне любой формы иерсиниоза, а также ревматические заболевания, которые этиологически связаны с иерсиниозом [1–3, 6]. Именно аллергическая перестройка организма при иерсиниозе может приводить к тому, что организм начинает вырабатывать антитела против собственных антигенов, что и ведет к развитию аутоиммунных ревматических заболеваний, прежде всего, таких как системная красная волчанка и системная склеродермия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестакова И.В., Ющук Н.Д., Балмасова И.П. Клинико-прогностические критерии различных форм и вариантов течения иерсиниозной инфекции // Тер. архив. – 2009. – Т.81, №11. – С.24–32.
2. Шестакова И.В., Ющук Н.Д., Андреев И.В., Шепелева Г.К., Попова Т.И. К вопросу о формировании иммунопатологии у больных иерсиниозом // Тер. архив. – 2005. – 11.-С. 7–10.
3. Шестакова И.В., Ющук Н.Д. Хронический иерсиниоз как терапевтическая проблема // Тер. архив. 2010.- т. 82, 3.-С. 71–77.
4. Опочинский Э.Ф., Мохов Ю.В., Лукина З.А., Ясинский А.А. Анализ деятельности центров Госсанэпиднадзора РФ по лабораторной диагностике иерсиниозов // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. СПб, 2000. – С.42–43.
5. Филатов Н.Н., Салова Н.Я., Голованова В.П., Шестерова Т.И. Современное состояние лабораторной диагностики иерсиниозов в Москве // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. СПб, 2000. – С.59–60.
6. Белая Ю.А. Иерсинии у «здоровых» людей. Результаты многолетних проспективных исследований // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез) и другие актуальные инфекции. СПб, 2000. – С.5.
7. Шестакова И.В., Ющук Н.Д., Попова Т.И. Иерсиниоз: диагностические ошибки. Врач. 2007, 7: 71–74.

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (CLINICAL CASE)

Maitbasova R.S., Ishuova P.K., Akhenbekova A.Zh., Yerzhanova G.Ye.

Scientific Centre of Pediatrics and Children's Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

The article presents a clinical case of systemic lupus erythematosus in a child masking as Yersinia infection. The criteria for yersiniosis diagnosis are presented, diagnostic errors when diagnosing and justification of the practical significance of the demonstration case are indicated.

Keywords: systemic lupus erythematosus, yersiniosis.