

СЛОЖНОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА

Мартынов В.А., Агеева К.А., Карасева Е.А., Жданович Л.Г., Гусейнова Н.Р., Панин И.В.

ФГБОУ ВО "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова"
Минздрава России, г. Рязань, Россия.

✓ **Резюме,**

Представлен клинический случай тяжелого течения энцефалита неясной этиологии у пациента, вернувшегося из Таиланда. Представлена динамика развития заболевания и лабораторных показателей, а также показана МРТ картина выявленных изменений в головном мозге.

Ключевые слова: энцефалит, японский энцефалит, энцефалопатия.

ЭНЦИФОЛИТНИ ЭТИОЛОГИК ТАСҲИСЛАШ МУРАККАБЛИГИ

Мартынов В.А., Агеева К.А., Карасева Е.А., Жданович Л.Г., Гусейнова Н.Р., Панин И.В.

Академик И.П. Павлов номидаги Рязан давлат тиббиёт академияси Россия, Рязан шаҳри.

✓ **Резюме,**

Тайланддан қайтиб келган оғир энцефолит билан касалланган бемор касаллик клиник кечиш жараёни ёритилган. Бош миёдаги МТР ўзгаришлари касаллик ривожланиш жараёни ва лаборатор таҳлиллари динамикасида кўрсатилган.

Калит сўзлар: энцефалит, япон энцефалити, энцефалопатия.

DIFFICULTIES OF ETIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF ENCEPHALITIS

Martynov V.A., Ageeva K.A., Karaseva E.A., Zhdanovich L.G., Guseinova N.R., Panin I.V.

Ryazan state medical university, Ryazan, Russia.

✓ **Resume,**

A clinical case of severe encephalitis of unknown etiology in a patient returning from Thailand is presented. The dynamics of the development of the disease and laboratory parameters are presented, as well as an MRI picture of the detected changes in the brain is shown.

Key words: encephalitis, Japanese encephalitis, encephalopathy.

Актуальность

В настоящее время проблема энцефалита в практике врача сохраняет огромное значение. По данным ВОЗ заболеваемость энцефалитами составляет 7-9 случаев на 100 000 населения, из них в этиологической структуре на долю вирусов приходится до 80-89%, остальные 10-11% составляют другие инфекционные агенты [4, 6].

Даже опытные врачи часто не уверены в причине заболевания, соответствующей терапии и прогнозе пациента с клиникой энцефалита. Несмотря на наличие современных методов обследования, этиология 30-62% энцефалитов остается неуточненной [2, 5].

Проблемы диагностики и верификации возбудителя на раннем этапе представляют определенные трудности ведения пациентов с подозрением на энцефалит. В связи с чем, демонстрируем вам клиническое наблюдение больного с энцефалитом неясной этиологии.

Цель: демонстрация клинического наблюдения больного с энцефалитом неясной этиологии в динамике клинко-лабораторного и инструментального диагностики и лечения.

Результат и обсуждения

Пациент Т., 62 лет, поступил в инфекционное отделение (АРО) в тяжелом состоянии на 3ий день

болезни, с нарушением ориентировки во времени и пространстве, в связи с чем четких жалоб выявить не удалось. Со слов родственников больной заболел 3 дня назад в Таиланде, перед отлетом домой, 15.12.17 когда возникли слабость, мышечные боли. Принял тилорон парацетамол. По возвращению домой 16.12.17 отмечал озноб, Т 38,5 С, присоединилась многократная рвота, жидкий стул. Вечером принял озельтамивир 75 мг, парацетамол - без эффекта. Была заподозрена острая кишечная инфекция: 17.12.17 амбулаторно в/в капельно солевые растворы около 800 мл, ципрофлоксацин 500 мг однократно внутрь, жаропонижающие. К вечеру присоединились спутанность сознания, тремор конечностей, дезориентация, дизартрия. В связи с отсутствием положительной динамики был доставлен в инфекционное отделение городской больницы.

Известно, что в Таиланде больной употреблял в пищу термически обработанные грибы местного производства, в день отъезда ел лобстеры. Аллергологический анамнез без особенностей. Семейный анамнез не отягощен. Ведет активный образ жизни. Вредные привычки отрицает.

Объективно: при поступлении температура 37,10С. Состояние тяжелое, сознание спутано. Ригидность мышц затылка - 2 поперечных пальца. Симптом Кернига положительный. Отмечается тремор верхних конечностей, гипертензия. Кожные покровы смуглые (загар). Сыпи нет. Периферические ЛУ не увеличены. В

легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-20 в мин. SpO2-97%. Тоны сердца приглушены. АД 130/80 мм рт ст, ЧСС 88 уд в мин. Язык обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез по катетеру достаточный. Был поставлен диагноз: Острая кишечная инфекция, тяжелая форма, гастроэнтероколитический вариант, неуточненной этиологии, тяжелое течение, осложненная энцефалопатией смешанного генеза (дисциркуляторная + инфекционно-токсическая) Менинго-энцефалит? Пищевое отравление?

При лабораторном обследовании в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови - значительное повышение трансаминаз (АЛТ -2879 ЕД/л, АСТ - 3022 ЕД/л) при норме до 32 ЕД/л, повышение креатинина и мочевины - 112 мкмоль/л и 10,6 ммоль/л, соответственно, при нормах до 97 мкмоль/л и 7,2 ммоль. Учитывая повышение печеночных ферментов, был заподозрен вирусный гепатит. Однако, 18.12.17 ИФА сыворотки крови на антитела к гепатитам А, В, С, Е отрицательный.

Проведена люмбальная пункция: в ликворе цитоз 3 кл/мкл, 100% лимфоциты, пленка не выпала, глюкоза 3 ммоль/л, хлориды - 1.22 г/л. При осмотре неврологом и офтальмологом, данных за острое нарушение мозгового кровообращения не получено, застойные явления на глазном дне отсутствуют.

Проведено исследование крови на малярию - малярийный плазмодий не выявлен. Больному была назначена активная антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, регидратационная, гепатопротекторная, противоотечная терапия, витаминотерапия, антипротезолитическая терапия. На фоне лечения состояние стабильно тяжелое, выражены общемозговые явления при нормализации лабораторных показателей. На МРТ от 19.12.17 МР картина мультифокального поражения вещества головного мозга с вовлечением в процесс таламусов, мозжечка, ствола головного мозга и белого вещества правой теменной доли (изменения необходимо дифференцировать между нейродегенеративным заболеванием, прионными заболеваниями и нейроинфекцией). Немногочисленные очаговые изменения головного мозга дистрофического характера [Рисунок 1]. Ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии, учитывая данные МРТ, заподозрены геморрагическая лихорадка неясной этиологии с поражением вещества головного мозга и японский энцефалит?.

Методом ПЦР были получены отрицательные результаты на вирус лихорадки Данге, Западного Нила, Зика, Крымской геморрагической лихорадки. ПЦР сыворотки крови на вирус японского энцефалита, ввиду отсутствия возможностей лабораторной диагностики, не проводилась, в связи с чем японский энцефалит не исключен.

20.12.17 проведена повторная люмбальная пункция: в СМЖ цитоз 40 кл/мкл, 100% лимфоциты, белок 0,914 г/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

На ЭЭГ от 20.12.17 - очаг аномальной активности из стволовых структур с элементами эпилептиформного характера с акцентом в лобных отделах. Знаки эпилептиформности из стволовых структур. Дисфункция диэнцефальных структур. Фоточувствительность. Выраженные

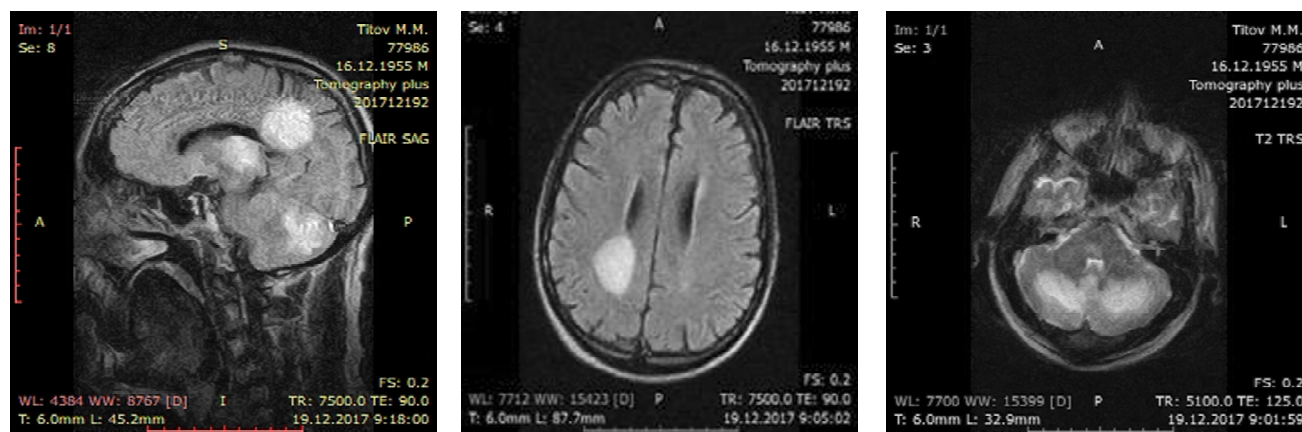


Рисунок 1 МР картина мультифокального поражения вещества головного мозга с вовлечением в процесс таламусов, мозжечка, ствола головного мозга и белого вещества правой теменной доли

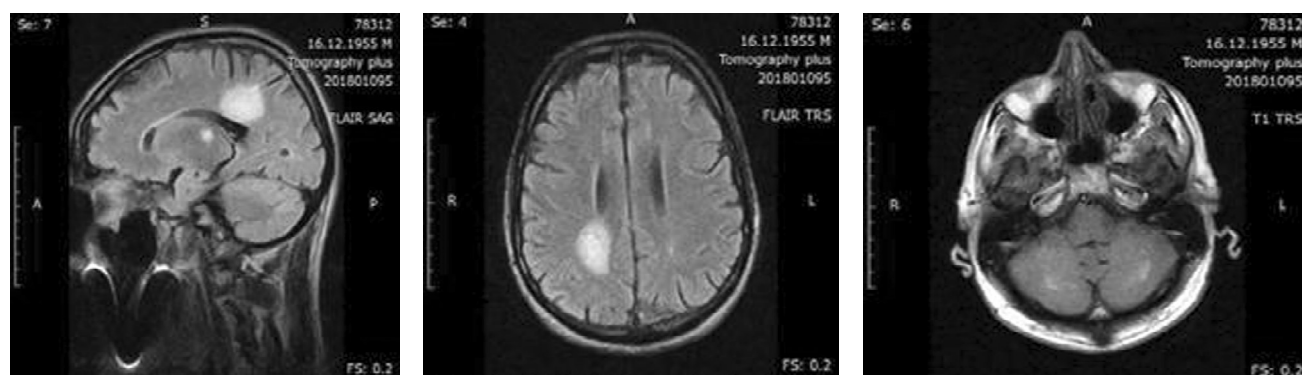


Рисунок 2 МР картина уменьшения размеров поражения вещества головного мозга

изменения биоэлектрической активности головного мозга.

24.12.17 были получены отрицательные результаты ИФА сыворотки крови на возбудителя клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза. Мазки на вирусы респираторной группы, в том числе на H1N1sw09, от 24.12.17 отрицательные.

Были получены отрицательные результаты бак посева кала, РНГА с сальмонеллезным, дизентерийным диагностикумом в динамике, что исключало наличие острой кишечной инфекции. Поставлен диагноз: Острая энцефалопатия смешанного генеза неуточненной этиологии, тяжелое течение. На 20 день на фоне сохраняющейся патогенетической и симптоматической терапии отмечается положительная динамика, уменьшение общемозговой симптоматики. Больной ориентирован в своей личности полностью, в пространстве и времени частично. Гемодинамика стабильна, нормализовались биохимические показатели.

На МРТ от 09.01.17 отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров выявленных очагов в правой теменной доли, таламусах, мозжечке и стволе с признаками нейротоксических и геморрагических изменений в них [рисунок 2].

10.01.2018 больной был переведен на восстановительное лечение в терапевтическое отделение, был выписан на амбулаторное долечивание к неврологу по месту жительства с положительной динамикой с рекомендацией продолжить активную нейропротекторную терапию и витаминотерапию. При диспансерном наблюдении выяснено, что через 8 недель активного периода реабилитации все неврологические синдромы регрессировали, и пациент полностью восстановил работоспособность.

Данное клиническое наблюдение показывает сложность диагностики энцефалита и мы не исключаем у пациента Японский энцефалит, который распространен в странах Восточной и Юго-Восточной

Азии (Япония, Корея, Китай, Тайвань, Филиппины, Таиланд и др.), а также Южной Азии [1]. Подобный случай описан Петровой И.С. и др. в 2014 году с лабораторным подтверждением ЯЭ [3].

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность проблемы дифференциальной диагностики энцефалитов, которые определяются схожей симптоматикой, тяжестью течения и развитием осложнений заболевания. В настоящее время, в связи с развитием туризма, встречается все больше случаев привозного вирусного энцефалита, что требует более тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, знания дифференциальной диагностики с группой инфекционных и неврологических заболеваний и возможностей лабораторной диагностики, ведь энцефалит имеет множество причин, которые у большинства пациентов остаются неизвестными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т./ Н.Д.Юшук, Ю.А.Венгеров.- 4-е изд., перераб. И доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- Т.2. - 592-350с
2. Львов Д.К., Дерябин П.Г. Японский энцефалит. В кн.: Львов Д.К., ред. Руководство по вирусологии "Вирусы и вирусные инфекции человека и животных". М.: Медицинское информационное агентство; 2013: 719-21.
3. Петрова И.С., Муравьев О.Б., Кузьменко Т.Н., Сайфуллин М.А., Бойцов П.В., Ларичев В.Ф., Акиншина Ю.А., Бутенко А.М. Завозной случай японского энцефалита у российского туриста (2014). Эпидемиология и инфекционные болезни, Т. 19, № 4, 2014. С.60-62.
4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению вирусных энцефалитов у детей.- 2013
5. Halstead S.B. Japanese encephalitis. In: Artenstein A.W., ed. Vaccines: a Biography. New York: Springer; 2010: 317-34.
6. Tunkel A.R., Glaser C.A., Bloch K.C., et al. The management of encephalitis: Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2008; 47:303-27.

Поступила 04.03. 2019