

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Выполнили:

Плохих М.Ю., студентка 4 курса, педиатрического
факультета, группа 1674

Гаршкова Д.А., студентка 4 курса, педиатрического
факультета, группа 1673

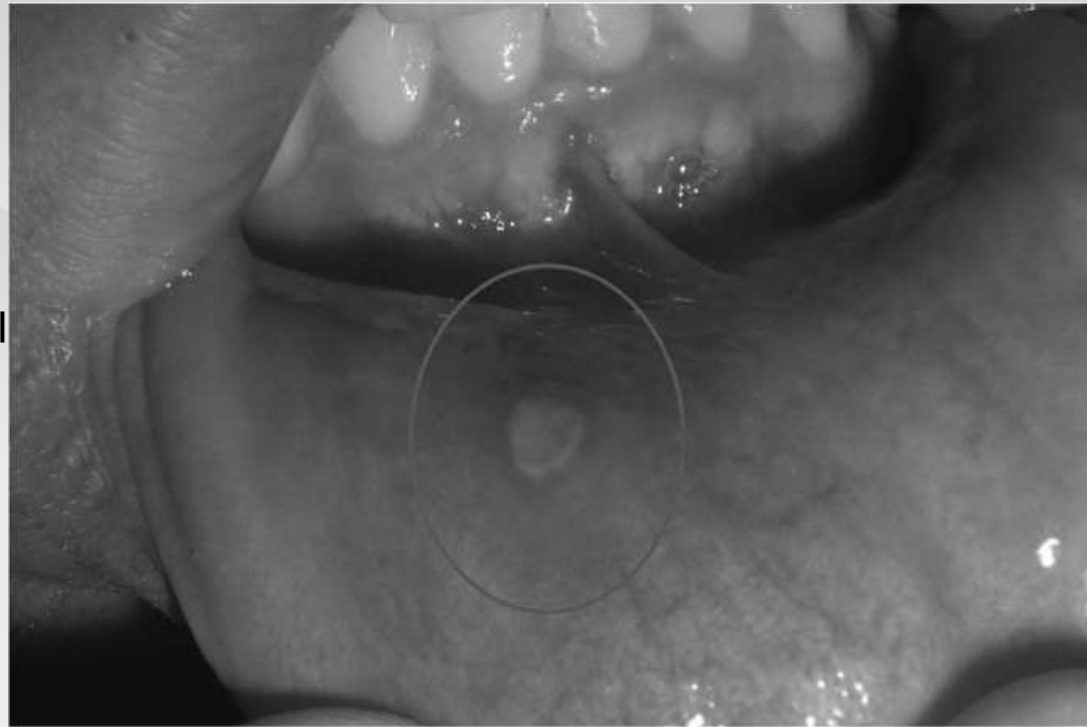
Научный руководитель:

д.м.н., Шабалдин А.В.

Введение

- Болезнь Бехчета (ББ) представляет собой мультисистемное редкое воспалительное заболевание. Болезнь распространена в странах Средиземноморья и Азии с частотой 10-37 случаев на 10000 населения. В Европе и США ББ встречается редко 0,0125-0,2 случаев на 10000 населения.
- Рассмотрен клинический случай болезни Бехчета у больного Н., 37 лет. Особенностью данного примера является раннее начало заболевания (подростковый возраст), вовлечение в процесс иммунной и нервной систем, а также слизистых оболочек, кожи и структур глаза.

Приводим клинический пример из собственной практики. Больной Н., 37 лет, повторно обратился за консультацией к врачу иммунологу-аллергологу с жалобами на рецидивы инфекционных заболеваний. Впервые жалобы появились в 13-летнем возрасте на рецидивирующий стоматит.





Бурсит коленных
суставов

- В 32 года (в 2015 году) обратился к ревматологу по поводу периодических болей в коленных суставах при физической нагрузке, после обследования был выставлен диагноз «Бурсит коленных суставов»



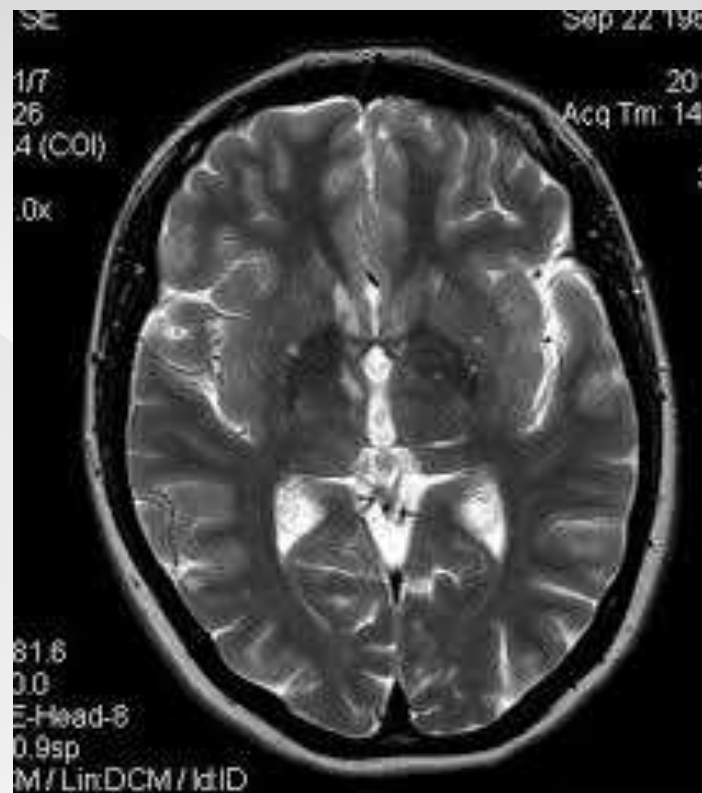
- В 2017 больной Н. начал отмечать боли в локтевых суставах, после обращения к ревматологу диагноз был расширен - «Бурсит локтевых и коленных суставов»

В 2018 г. у пациента Н. вновь появились проявления афтозного стоматита и фурункулеза, он обратился к иммунологу-аллергологу. Была выполнена иммунограмма, в которой обнаруживалось снижение субпопуляций лимфоцитов, экспрессирующих на мембране молекулы CD4, CD25, HLA-DR.

CD16 (NK-клетки) 7%, абс к-во 133
CD20 (B-лимфоциты) 11%, абс к-во 209,
CD25 (рецепторы к ИЛ-2) 0,6%,
Иммуноглобулины G 12,3 мг\мл,
Иммуноглобулины A 2,87 мг\мл,
Иммуноглобулины M 1,49 мг\мл,
ЦИК 0,016 у.е.)

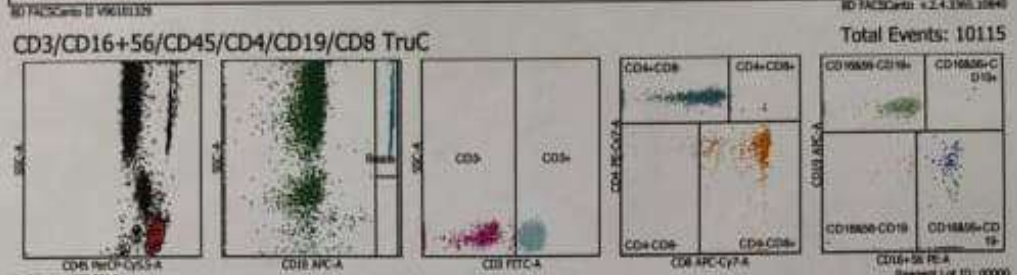
(Иммунограмма 19.04.18. лейкоциты $4,7 \cdot 10^9$, лимфоциты 41%, абс к-во $1, \cdot 10^9$, CD3 (T-лимфоциты) 71%, абс к-во 1349
CD4(T-хелперы) 25%, абс к-во 475,
CD8 (T-цитотоксические) 44%, абс к-во 836,
ИРИ (CD4\CD8) 0,57,

Значительное ухудшение отмечалось с августа 2018 г., когда начали появляться множественные абсцедирующие фурункулы на туловище и конечностях с регионарным лимфаденитом и фебрильной лихорадкой. С этого же времени стали появляться глубокие язвы на слизистой полости рта. Кроме того, у пациента стал рецидивировать менингит.



Пациент был направлен на консультацию в Институт иммунологии ФМБА России в г. Москва, где дополнительно было обнаружено снижение концентрации ТREC в крови, что также указывало на наличие иммунодефицита.

| | | |
|---|-----------------|--------------------------------|
| Varfolomeev | 30.01.20 | Panel: 6 Color TBNK + TruC |
| Moscow Helmholtz Eye Institute | | Acquired: 1/30/2020 3:42:35 PM |
| Laboratory of Immunology | | Analyzed: 1/30/2020 3:42:53 PM |
| Moscow, Sadovaya-Chernogryazskaya 14/19 | | TruC Lot ID: 18152 |
| | | Bead/Pellet: 47800 |
| Tel: +74956245713 | | Status: OK |
| | | Results: 30012020.csv |



| Parameter | Percent | Value/AbsCnt |
|--------------|---------|--------------|
| Lymph Events | | 2966 |
| Bead Events | | 1333 |
| CD3+ | 80.71 | 1716.93 |
| CD3+CD8+ | 27.48 | 584.50 |
| CD3+CD4+ | 52.60 | 1118.80 |
| CD3+CD4+CD8+ | 0.34 | 7.17 |
| CD16+CD56+ | 4.92 | 104.71 |
| CD19+ | 13.69 | 291.17 |
| CD45+ | | 2127.15 |
| 4/8 Ratio | | 1.91 |

| | норма | % | абсол. |
|------------------|---------|-------|-----------|
| CD 3+ | | 55-80 | 800-2200 |
| CD 3+CD8+ | | 12-30 | 190-650 |
| CD 3+CD4+ | | 31-51 | 600-1600 |
| CD16+CD56+ | | 6-20 | 100-600 |
| CD 19+ | | 5-19 | 100-500 |
| CD 45+ | | 28-36 | 1363-2808 |
| CD4+/ CD8+ (ИПИ) | 1.0-2.5 | | |

QC Messages
 Manual Gate is in effect.
 % T-Sum is: 0.64
 Lymphosum is: 99.33
 4/8 ratio is: 1.91

Comments

Заключение:
 Иммунологические параметры без существенных сдвигов.

ВЫВОДЫ

Анализ клинического случая болезни Бехчета у больного Н. показывает, что течение заболевания имеет свои особенности:

1. Начало заболевания пришлось на подростковый возраст (13 лет).
2. Поражение органов и систем проходило постепенно (в течение 20 лет).
3. При обострении заболевания манифестирует Т-клеточный иммунодефицит.

Указанные особенности течения болезни Бехчета могут осложнять раннюю диагностику заболевания и ограничивать стартовую терапию этой патологии.

Благодарим за
внимание!