DOI: 10.17117/na.2015.08.971

<http://ucom.ru/doc/na.2015.08.971.pdf>

Поступила (Received): 31.08.2015

**Маркосьян Н.С., Юрлова Ю.Ю.,
Филатова Т.В., Алферина Е.Н.
Случай инфекционного мононуклеоза,
вызванный цитомегаловирусом**

**Markosyan N.S., Yurlova Yu.Yu., Filatova T.V., Alferina E.N.
The case of infectious mononucleosis caused by cytomegalovirus**

В статье приведен пример инфекционного мононуклеоза, вызванный цитомегаловирусом. Описано клиническое течение данного заболевания, особенности диагностики и лечения

Ключевые слова: цитомегаловирус, инфекционный мононуклеоз, лимфоузлы

The article is an example of infectious mononucleosis caused by cytomegalovirus. We describe the clinical course of the disease, especially diagnosis and treatment

Key words: cytomegalovirus, infectious mononucleosis, lymph nodes

Маркосьян Наталья Сергеевна

Кандидат медицинских наук, старший преподаватель
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Markosyan Natalia Sergeevna

Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer
Mordovia state university named N.P. Ogarev
Mordovia, Saransk, Bolshevik st., 68

Юрлова Юлия Юрьевна

Врач-интерн
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Yurlova Yulia Yryevna

Doctor-intern
Mordovia state university named N.P. Ogarev
Mordovia, Saransk, Bolshevik st., 68

Филатова Татьяна Владимировна

Врач
Республиканская инфекционная клиническая больница
Мордовия, г. Саранск, ул. Косарева, 118

Filatova Tatiana Vladimirovna

Doctor
Republican infectious diseases hospital
Mordovia, Saransk, Kosarev st., 118

Алферина Елена Николаевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Alferina Elena Nicolaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Mordovia state university named N.P. Ogarev
Mordovia, Saransk, Bolshevik st., 68

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, увеличением лимфатических узлов, тонзиллитом, гепато- и спленомегалией, сыпью, появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров и гетерофильных антител. Еще совсем недавно счита-

ли, что ИМ вызывается почти исключительно вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ), однако в настоящее время появилось много данных, позволяющих относить это заболевание к полиэтиологическим. Так, инфекционный мононуклеоз может быть связан с цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом герпеса человека VI типа (ВГЧ-6) и другими возбудителями [1, с. 25; 2, с. 45]. Многообразие клинических проявлений ЦМВ-инфекции обусловлено способностью данного вируса инфицировать практически все клетки организма человека [3, с. 3].

Приводим пример клинического наблюдения инфекционного мононуклеоза, вызванного цитомегаловирусом:

Больная В., 4 года, поступила в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» (РИКБ) 27.04.12 г. с жалобами на повышение температуры до 37,4оС, насморк, редкий сухой кашель, общую слабость, заложенность и гнойное отделяемое из носа, боль в горле при глотании, ночной храп.

Анамнез заболевания: 23.04. у больной появился насморк, который в последующие дни усилился, 26.04. – наблюдалось гнойное отделяемое из носа, повысилась температура тела до 37,5оС. В этот день ребенок осмотрен врачом-педиатром, назначен арбидол в возрастных дозировках. Вечером мама заметила увеличение подчелюстных лимфоузлов, появились боли в горле, общая слабость. В связи с ухудшением состояния 27.04. врачом-педиатром была направлена в РИКБ.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Вялая, кожные покровы бледноватые, на сгибах верхних конечностей экскориации. Носовое дыхание затруднено, «храпящее» дыхание через рот. Слизистая губ сухая. В зеве – яркая гиперемия, гипертрофия миндалин 2 степени, в лакунах миндалин с обеих сторон – гнойные наложения, снимаются шпателем. Периферические лимфоузлы: подчелюстные, переднешейные диаметром 4 – 5 см, заднешейные, подчелюстные, надключичные, паховые диаметром 1,5 – 2 см, при пальпации безболезненные, мягко-эластической консистенции. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхания 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 130 ударов в минуту. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется у края левой реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Выставлен предварительный диагноз: ОРВИ с тонзиллярным синдромом? Инфекционный мононуклеоз?

В общем анализе крови от 28.04.12 г.: лейкоциты – $11,8 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,8 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 122 г/л, тромбоциты – $166 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 25%, палочкоядерные – 2%, лимфоциты – 53%, моноциты – 7%, атипичные мононуклеары – 13%, СОЭ – 7 мм/час. Биохимический анализ крови от 28.04.12 г.: билирубин общий – 10,1 мкмоль/л, АЛТ – 48 ЕД/л, АСТ – 29 ЕД/л, тимоловая проба – 7,2 Ед. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 28.04.12 г.: Гепатоспленомегалия, умеренные диффузные изменения паренхимы печени, реактивное состояние поджелудочной железы.

Назначена противовирусная (ацикловир, виферон, циклоферон), антибактериальная (цефтриаксон), патогенетическая (эуфиллин, кальция хлорид),

симптоматическая терапия (полоскание горла раствором антисептика), гепатопротектор (Лив – 52).

В общем анализе крови от 3.05.12 г.: лейкоциты – $6,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,03 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 118 г/л, тромбоциты – $245 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – 8%, лимфоциты – 89%, моноциты – 2%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 9 мм/час. В анализе крови от 3.05.12 г. – обнаружены IgM к ЦМВ (1:100), IgG к ЦМВ (1:800), индекс авидности 91%. Анализ крови на ВЭБ от 3.05.12: антитела к ВЭБ: EA-IgG (+), NA-IgG (+), VCA-IgG (-), VCA-IgM (-), индекс авидности 80%. Мазок из зева и носа на ВІ от 3.04.12. – отрицательный. Ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов от 3.05.12 г.: Лимфаденопатия шейных лимфоузлов.

Учитывая анамнез заболевания, клинические проявления, данные лабораторных методов исследования, выставлен клинический диагноз: Инфекционный мононуклеоз, вызванный цитомегаловирусом, средней степени тяжести.

На фоне проведенного лечения состояние больной улучшилось: на 4-ый день стационарного лечения температура нормализовалась. На 10-й день – носовое дыхание свободное, ночной храп прекратился, налеты с миндалин сошли, на 13-й день – размеры печени нормализовались, шейные лимфоузлы уменьшились до 0,5 см, гиперемии в зеве нет. На 15-й день пациентка выписана с улучшением под наблюдение врача-педиатра.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай характеризует многообразие проявлений цитомегаловирусной инфекции и ее этиологический вклад в развитии инфекционного мононуклеоза у детей.

Список используемых источников:

1. Баранова И.П., Курмаева Д.Ю., Лесина О.Н. Клинические особенности инфекционного мононуклеоза в зависимости от возраста и этиологии заболевания // *Детские инфекции*. 2010. №4. С. 25–28.
2. Егорова Н.Ю., Гусева Л.Н., Гусева Н.А. Инфекционный мононуклеоз у детей: диагностика, лечение и наблюдение в катмнезе // *Педиатрия*. 2010. №4. С. 45–52.
3. Харламова Ф.С., Егорова Н.Ю., Гусева Л.Н. Вирусы семейства герпеса и иммунитет // *Детские инфекции*. 2006. Т.5. №3. С. 3–10.

© 2015, Маркосьян Н.С., Юрлова Ю.Ю.,
Филатова Т.В., Алферина Е.Н.
Случай инфекционного мононуклеоза,
вызванный цитомегаловирусом

© 2015, Markosyan N.S., Yurlova Yu.Yu.,
Filatova T.V., Alferina E.N.
The case of infectious mononucleosis caused by
cytomegalovirus