

противомикробных и иммуностропных препаратов с доказанной клинической эффективностью.

Превалирование сочетанной патологии ВДП, широкая распространенность лимфоаденопатии шейных и подчелюстных лимфатических узлов, отягощенного собственного и наследственного аллергологического анамнеза у большинства ЧБД требует назначения патогенетически обусловленной терапии, совместного ведения этой группы пациентов врачом-педиатром, аллергологом-иммунологом и ЛОР-врачом.

Группа ЧБД характеризуется отягощенным преморбидным фоном в ante-, intra- и постнатальном периоде, что требует более тщательного врачебного наблюдения, проведения профилактических мероприятий, а также формирования у детей принципов и правил здорового образа жизни и их соблюдения.

Высокая частота выявления персистирующей инфекции дыхательных путей требует обследования ближайших родственников (в т. ч. посещающих организованные коллективы) по эпидемиологическим показателям, являющихся возможной причиной реинфицирования часто болеющих детей.

Высокая частота дисбиоза кишечника требует включения в диспансерное наблюдение за ЧБД врача-гастроэнтеролога с целью коррекции микробного пейзажа кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. – 188 с.

2. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 137–145.

Л. В. Крамарь, А. М. Алюшин, А. А. Арова, О. А. Карпухина, Т. А. Ларина

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА, У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

УДК 616-022:578.825

В статье представлен клинический случай длительной лихорадки, обусловленной вирусом герпеса человека 6-го типа, у ребенка 5 лет. Показана возможность вируса вызывать мононуклеозоподобный синдром у детей, клинически неотличимый от Эпштейн–Барр вирусной инфекции.

Ключевые слова: вирус герпеса человека 6-го типа, длительная лихорадка, мононуклеозоподобный синдром.

L. V. Kramar, A. M. Aliushin, A. A. Arova, O. A. Karpukhina, T. A. Larina

PROLONGED FEVER WITH MONONUCLEOSIS-LIKE SYNDROME DETERMINED BY HERPES VIRUS TYPE 6 IN A 5-YEAR OLD CHILD

The paper discusses a case of prolonged fever with mononucleosis-like syndrome determined by herpes virus type 6 in a 5-year old child. The authors show that the virus can induce mononucleosis-like syndrome in children, which has the same clinical presentations as Epstein–Barr virus.

Key words: human virus herpes type 6, prolonged fever, mononucleosis-like syndrome.

Вирус герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6) впервые был изолирован из В-лимфоцитов ВИЧ-инфицированных людей в 1986 году. На протяжении нескольких лет он оставался «вирусом без болезни», но в настоящее время известно, что он является причиной возникновения значительного количества патологических синдромов у человека [1, 2].

Согласно литературным данным, ВГЧ-6 широко распространен в человеческой популяции. Его эпидемиология не отличается от таковой других герпесвирусных инфекций. Основной пик

заболеваемости приходится на ранний детский возраст (от 1 года до 4 лет), при этом большинство случаев инфицирования протекают бессимптомно. Однако, наряду с бессимптомными формами, ВГЧ-6 может быть причиной инфекций различных органов и тканей, которые иногда принимают тяжелое и даже фатальное течение [3, 4].

Роль ВГЧ-6 резко возрастает при иммунодефицитных состояниях, особенно у лиц с ВИЧ-инфекцией, реципиентов донорских органов. При отторжении трансплантатов у больных

выявляют повышение титра антител к вирусу, а в самом трансплантате обнаруживается вирусный антиген [5–7].

В настоящее время доказана этиологическая роль вируса в возникновении внезапной экзантемы (розеолы, «псевдокраснухи») у детей, синдрома внезапной лихорадки, инфекции ЦНС с фебрильными судорогами. Широко обсуждается роль ВГЧ-6 в возникновении тромбоцитопенической пурпуры, гемофагоцитарного синдрома, синдрома хронической усталости, крапивницы, красного плоского лишая и лишая Жильбера, синдрома Альцгеймера, глазных инфекций и др. [8, 9].

В Российской Федерации в последние годы налажена ПЦР диагностика ВГЧ-6 типа, однако немногие врачи знают о заболеваниях, вызываемых данным типом вируса, и о его возможной роли в развитии патологических состояний детского возраста.

Приводим пример длительной лихорадки с лимфоаденопатией и гепатоспленомегалией, обусловленной ВГЧ-6 типа, у ребенка 5 лет.

Больной С., 5 лет, был доставлен в Волгоградскую областную детскую клиническую инфекционную больницу 18 ноября 2013 г. машиной скорой помощи.

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, заложенность носа, повышение температуры тела до фебрильных цифр и двукратную рвоту.

Из анамнеза заболевания было выяснено, что ребенок болен в течение недели (с 11.11.2013 г.), отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр, насморк. Лечился симптоматическими средствами с диагнозом ОРВИ.

18.11.13 г. состояние ухудшилось, температура повысилась до 39,0 °С, появилась рвота, стул был оформлен. Направлен на стационарное лечение в ГБУЗ ВОДКИБ с предварительным диагнозом «Острая инфекция верхних дыхательных путей, гипертермический синдром».

Из анамнеза жизни было установлено, что ребенок рос и развивался без отклонений, привит согласно календарю. Из перенесенных заболеваний отмечает нечастые острые респираторно-вирусные инфекции. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергический анамнез: пищевая аллергия. Инвалид детства по миопии, астигматизму. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как среднетяжелое за счет интоксикации. Температура 38,3 °С. Ребенок вялый, аппетит снижен. Кожные покровы чистые, бледные, сыпи нет. Телосложение правильное, тургор тканей удовлетворительный. Подкожная клетчатка выражена хорошо. Эластичность кожи сохранена. Костно-мышечная

система без видимой патологии. Носовое дыхание затруднено, отмечается скудное серозное отделяемое из носовых ходов. Выявлена множественная гипертрофия передне- и заднешейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов (до 0,7 см). При осмотре зева отмечена гиперемия слизистых оболочек небных дужек, задней стенки глотки. Миндалины гипертрофированы до 3-го размера, на правой миндалине – скудный налет. Язык чистый, влажный. Одышки в покое нет, число дыхательных движений – 24 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно – жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 106 ударов в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. При пальпации отмечается увеличение печени – выступает на +1+2+2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, диурез без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

При поступлении был выставлен диагноз: «Ангина лакунарная». Назначено лечение: цефотаксим внутримышечно, орошение зева антисептиками, с целью дезинтоксикации назначена внутривенно инфузионная терапия.

В общем анализе крови при поступлении (от 19.11.13 г.) анемия легкой степени (Hb 108 г/л), лейкоциты $5,8 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: п/я – 10 %, с/я – 54 %, лимфоциты – 25 %, моноциты – 11 %, эозинофилы – 0 %, СОЭ 7 мм/ч. В печеночных пробах от 21.11.13 г. выявлено незначительное повышение АСТ (52,89 Ед/л), АЛТ в норме (31,4 Ед/л), тимоловая проба – 2 Ед., билирубин общий – 7 мкмоль/л за счет непрямой фракции. Общий анализ мочи без патологии.

В течение первых трех суток состояние ребенка оставалось среднетяжелым, но без отрицательной динамики. Лихорадил на фебрильных цифрах. При осмотре был вялым, жаловался на слабость, вялость, снижение аппетита, заложенность носа. Физиологические отправления – в норме. К 4 дню пребывания в стационаре улучшился аппетит, температура нормализовалась, но с 7 дня (24.11.13 г.) вновь стала повышаться до 39–39,5 °С, преимущественно в вечерние часы.

Причины ухудшения состояния ребенка и сохраняющейся лихорадочной реакции были неясны, в силу чего было решено расширить диагностический поиск возможных причин температуры. Для этого 26.11.13 г. была проведена обзорная рентгенография грудной клетки, на которой выявлены признаки острого бронхита. Была произведена смена антибактериального препарата (цефтриаксон по 1,0 внутримышечно 1 раз в день). Но несмотря на это, у ребенка сохранялись симптомы интоксикации (вялость, слабость, плохой аппетит), полилимфоаденопатия (увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов), сплено- и гепатомегалия

с УЗИ признаками повышенной экзогенности без нарушения структуры. В биохимических тестах: амилаза 24,3 Ед/л, АЛТ – 32,4 Ед/л, АСТ – 56 Ед/л (незначительно повышена), билирубин общий – 7 мкмоль/л за счет непрямой фракции, тимоловая проба – 1 Ед.

Данная клиника характеризовала собой мононуклеозоподобный синдром, характерный для инфицирования герпетическими вирусами. В связи с этим было назначено обследование на наличие в крови ДНК основных представителей, значимых для возникновения данного синдрома у детей – вирусов герпеса 1-го и 2-го типов, CMV, герпесвирусов 8-го типа, аденовирусов, вируса Эпштейна–Барр (20.11.2013 г. и повторно 27.11.13 г.). Результаты исследования – отрицательные.

Дополнительно проведено обследование на ВИЧ-инфекцию (ИФА крови на HIV от 22.11.13 – отрицательно), лихорадку Западного Нила (Ig M к возбудителю ЛЗН методом ИФА от 02.12.13 г. – отрицательно), тифопаратифозную группу (РПГА крови с сальмонеллезным и шигеллезным диагностикумами от 29.11.13 г. – отрицательно). Для исключения дебюта иммунокомплексных заболеваний проведено исследование СРБ (результат 25–30 мг/л), ревматоидного фактора и антистрептолизина О (результат – отрицательный).

Ребенок продолжал лихорадить, сохранялись клинические признаки мононуклеозоподобного синдрома и 02.12.13 г. по результатам консилиума было решено провести дополнительное обследование крови больного на наличие ВГЧ-6. Результат – методом ПЦР обнаружено ДНК вируса герпеса 6-го типа.

Ребенок был выписан с улучшением и с нормальной температурой тела на 15-й день лечения для дальнейшего наблюдения на участке с заключительным диагнозом «Инфекционный

мононуклеоз, вызванный ВГЧ 6-го типа». Осложнения заболевания – тонзиллит, бронхит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в приведенном клиническом примере общая длительность заболевания с лихорадкой, симптомами общей интоксикации и клиникой мононуклеозоподобного синдрома составила три недели. Проведенный клинический пример показывает, что наличие у ребенка необъяснимой температурной реакции, полилимфоаденопатии, гепатоспленомегалии требует включения в алгоритм диагностического поиска обследования на ВГЧ 6-го типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каражас Н. В., Малышев Н. А., Рыбалкина Т. Н. и др. Современные вопросы герпесвирусной инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика: метод. рекомендации. – М.: Спецкнига, 2012. – 128 с.
2. Agut H. // J. Clin. Virol. – 2011. – Vol. 52, № 3. – P. 164–171.
3. Bozzola E., Krzysztofciak A., Bozzola M., et al. // Infection. – 2012. – Vol. 40, № 5. – P. 563–566.
4. Fujino M., Ohashi M., Tanaka K., et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2012. – Vol. 31, № 11. – P. 1202–1203.
5. Leveque N., Boulagnon C., Brasselet C., et al. // J. Clin. Virol. – 2011. – Vol. 52, № 2. – P. 142–145.
6. Mesri E. A., Cesarman E., Boshoff C. // Nat. Rev. Cancer. – 2010. – Vol. 10, № 10. – P. 707–719.
7. Pichereau C., Desseaux K., Janin A., et al. // Biol. Blood Marrow Transplant. – 2012. – Vol. 18, № 1. – P. 141–144.
8. Sugita S., Shimizu N., Watanabe K., et al. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2012. – Vol. 53, № 8. – P. 4692–4698.
9. Wolz M. M., Sciallis G. F., Pittelkow M. R. // Mayo Clin. Proc. – 2012. – Vol. 87, № 10. – P. 1004–1014.