

ЩОДО ПРОБЛЕМИ КО-ІНФЕКЦІЙ, ЯКІ ВИКЛИКАЮТЬ ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Кругляк С.І., лікар

КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) – захворювання, що супроводжується різноманітними клінічними і лабораторними проявами, найбільш закономірними з яких є реакція лімфатичних вузлів та гематологічні зміни. До останнього часу його розвиток пов'язували виключно з вірусом Епштейна-Барр (EBV). По мірі збільшення можливостей вірусології та імунології, стало зрозумілим, що подібні патологічні зміни, окрім EBV, можуть викликати й деякі інші збудники, переважно представники родини герпесвірусів (ГВ). І якщо раніше, щоб не плутати з EBV-інфекцією, подібну патологію, зумовлену іншими лімфотропними вірусами, описували як мононуклеозоподібний синдром, то останнім часом все частіше в літературі зустрічаються рекомендації щодо об'єднання їх під загальною назвою «інфекційний мононуклеоз», додаючи етіологічну розшифровку. Однак у більшості випадків етіологічна структура хвороби залишається нерозшифрованою, а перебіг, вихід та наслідки значною мірою залежать від етіології збудника. Окрім того, актуальність проблеми, що розглядається, зумовлена й високою поширеністю ГВ серед населення, легкістю зараження, часто латентним перебігом та довічною персистенцією.

Впродовж останніх 10 років захворюваність на ІМ зросла більш, ніж удвічі. Епідемічна ситуація, що склалася, може бути пояснена не стільки зростанням кількості сприйнятливих осіб, скільки покращенням якості діагностики.

За літературними даними, у 54% дітей хвороба викликається вірусом Епштейна-Барра, у 20% – цитомегаловірусом, у 15% – ко-інфекцією Епштейн-Барр віруса та цитомегаловіруса, у 1% – вірусом герпеса 6 типу і в 10% – етіологію встановити не вдається.

Під нашим спостереженням знаходилась дитина П., 7 років, яка надійшла у відділення на 7-й день хвороби зі скаргами на підвищення температури до 38 °С, помірну слабкість, біль у животі. При обстеженні в статусі дитини виявлені незначні прояви гострого тонзиліту без реакції з боку лімфатичних вузлів, збільшення печінки – виступає на 1 см з-під реберного краю. Однак звертали на себе увагу значні зміни в гемограмі: тромбоцитопенія ($97,3 \times 10^9$), гранулоцитопенія (4%), лімфоцитоз (69%), нормомоноцитоз (4%) та наявність атипівих мононуклеарів (22%). Враховуючи ступінь гранулоцитопенії, дитина в першу добу проконсультована гематологом. Захворювання крові виключено. При УЗД органів черевної порожнини виявлено гепатоспленомегалію. У біохімічному аналізі крові помірна гіпертрансфераземія, диспротеїнемія. У серологічному аналізі крові виявлені антитіла IgM до капсидного антигену вірусу Епштейн-Барр і цитомегаловірусу, також виявлені ДНК вірусу Епштейн-Барр і цитомегаловірусу.

На підставі клініко-лабораторних даних був встановлений діагноз: Інфекційний мононуклеоз, викликаний ко-інфекцією Епштейн-Барр вірусу та цитомегаловірусу, тяжкого ступеня.

Дитині проведена антибактеріальна терапія (враховуючи гранулоцитопенію) – цефумакс, амікацин, ніфуроксазид; антимікотична терапія – флюконазол; протівірусна терапія – лаферобіон, симптоматична терапія. З 6-го дня захворювання в клінічному аналізі крові відмічалася позитивна динаміка і на 14-й день хлопчик виписаний додому під нагляд дільничного лікаря.