

УДК 616.98:578.825.13]-07-036.1

*О.А. Дралова, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна*

## Інфекційний моноклеоз: багатогранність проявів. Клінічний випадок важкого перебігу інфекційного моноклеозу у дитини раннього віку

Запорізький державний медичний університет, Україна

Modern Pediatrics.Ukraine.2019.7(103):63-66; doi 10.15574/SP.2019.103.63

For citation: Dralova OA, Usachova OV, Pakholchuk TM, Konakova OV, Silina EA. (2019). Infectious mononucleosis: the multiplicity of manifestations. A clinical case of a severe course of infectious mononucleosis in an infant. Modern Pediatrics. Ukraine. 7(103): 63-66. doi 10.15574/SP.2019.103.63

Вірусом Епштейн—Барр інфіковано понад 95% населення планети. Поліморфізм клінічних проявів цього захворювання обумовлює труднощі діагностики.

**Мета:** на клінічному прикладі показати багатогранність проявів інфекційного моноклеозу у дітей.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано клінічні прояви нетипового важкого перебігу інфекційного моноклеозу у дитини раннього віку на етапі стаціонарного лікування.

**Результати та висновки.** У дитини з нефропатією в анамнезі інфекційний моноклеоз перебігав у важкій формі зі значною гепатоспленомегалією та виразним набряковим синдромом та за відсутності типових симптомів у вигляді тонзиліту, системної запальної реакції та лімфаденопатії. Це ускладнило діагностику і вимагало проведення додаткових лабораторних досліджень та включення до терапії глюкокортикостероїдів:

Наведений клінічний випадок демонструє поліморфізм клінічних проявів захворювання та труднощі діагностики важких випадків інфекційного моноклеозу за рахунок виникнення нетипових синдромів — полісерозиту та набрякового синдрому з нівелюванням типових проявів хвороби.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** інфекційний моноклеоз, діти раннього віку, діагностика, полісерозит.

### Infectious mononucleosis: the multiplicity of manifestations. A clinical case of a severe course of infectious mononucleosis in an infant

*O.A. Dralova, O.V. Usachova, T.M. Pakholchuk, O.V. Konakova, E.A. Silina*

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Epstein—Barr virus infected more than 95% of the world's population. Difficulties in diagnosing this disease are caused by polymorphism of clinical manifestations.

**Aim:** on a clinical case, show the versatility of the manifestations of infectious mononucleosis in children.

**Materials and methods.** The clinical manifestations of an atypical severe course of infectious mononucleosis in a little child at the stage of hospital's treatment are analyzed.

**Results and conclusions.** In a child with a nephropathy in anamnesis, infectious mononucleosis proceeded in a severe form with significant edematous syndrome and the absence of typical symptoms in the form of tonsillitis, a systemic inflammatory reaction, and lymphadenopathy. This made diagnosis difficult and required additional laboratory tests and the appointment of glucocorticosteroids in therapy.

The presented clinical case demonstrates the polymorphism of the clinical manifestations of the disease and the complexity of the diagnosis of severe cases of infectious mononucleosis due to the occurrence of atypical syndromes — polyserositis and edematous syndrome with the leveling of typical manifestations of the disease. The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee (-LEC) of an institution.

The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

**Key words:** infectious mononucleosis, infants, diagnosing, polyserositis.

### Инфекционный моноклеоз: многогранность проявлений. Клинический случай тяжелого течения инфекционного моноклеоза у ребенка раннего возраста

*А.А. Дралова, Е.В. Усачева, Т.Н. Пахольчук, О.В. Конакова, Е.А. Силина*

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Вирусом Эпштейн—Барр инфицировано более 95% населения планеты. Сложности диагностики этого заболевания обусловлены полиморфизмом клинических проявлений.

**Цель:** на клиническом примере показать многогранность проявлений инфекционного моноклеоза у детей.

**Материалы и методы.** Проанализированы клинические проявления нетипичного тяжелого течения инфекционного моноклеоза у ребенка раннего возраста на этапе стационарного лечения.

**Результаты и выводы.** У ребенка с нефропатией в анамнезе инфекционный моноклеоз протекал в тяжелой форме со значительным отеком синдромом и отсутствием типичных симптомов в виде тонзиллита, системной воспалительной реакции и лимфоаденопатии. Это затруднило диагностику и требовало проведения дополнительных лабораторных исследований и добавления к терапии глюкокортикостероидов.

Представлений клінічний випадок демонструє поліморфізм клінічних проявів захворювання і складності діагностики тяжелого випадку інфекційного мононуклеозу за рахунок виникнення нетипових синдромів — полісерозита і отечного синдрому з нивелируванням типових проявів захворювання.

Дослідження було виконано відповідно до принципів Хельсінкської Декларації. Протокол дослідження був схвалений Локальним етичним комітетом (ЛЭК) закладу. На проведення дослідження було отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** інфекційний мононуклеоз, діти раннього віку, діагностика, полісерозит.

## Вступ

Збудником інфекційного мононуклеозу є вірус Епштейн–Барр — герпесвірус 4-го типу, яким інфіковано понад 95% населення [1]. За даними ВООЗ, щороку у світі цим вірусом інфікується від 16 до 800 осіб на 100 тис. населення [2,6]. Поліморфізм клінічних проявів обумовлює складність діагностики цього захворювання та необхідність проведення диференціальної діагностики з великою кількістю нозологій [3]. За даними багатьох науковців, інфекційний мононуклеоз має переважно сприятливий перебіг, проте з'являються поодинокі публікації, в яких описують важкий перебіг, що ускладнюється ураженням серцево-судинної системи, підшлункової залози, печінки тощо [5]. Серед важких проявів частіше реєструється ураження печінки [6,7]. Вітчизняні науковці відзначають також вплив герпесвірусної інфекції на нирки, а саме на розвиток гломерулонефриту [4]. Серед рідкісних ускладнень Епштейн–Барр вірусної інфекції виділяють міокардит, інтерстиціальний нефрит, міозит, мезентаріальний аденит [1].

Повсюдне поширення, поліморфізм клінічних проявів, імовірність важкого перебігу та розвитку ускладнень обумовлюють актуальність вивчення інфекційного мононуклеозу, що викликаний Епштейн–Барр вірусом.

**Мета** роботи: на клінічному прикладі показати багатогранність проявів інфекційного мононуклеозу у дітей.

З метою ілюстрації складності діагностики інфекційного мононуклеозу у дітей та можливих важких уражень органів та систем при цьому захворюванні наводимо клінічний випадок.

## Матеріал і методи дослідження

Проаналізовано клінічні прояви нетипового важкого перебігу інфекційного мононуклеозу у дитини раннього віку на етапі стаціонарного лікування.

*Дитина Ш.*, 2015 р.н., була госпіталізована у КУ «ОІКЛ ЗОР» 21.12.18 р. зі скаргами на збільшення розмірів живота, млявість, одут-

лість обличчя, закладеність носа. З анамнезу хвороби відомо, що дитина захворіла гостро 15.12.18 р., коли з'явилися скарги на кашель та нежить, температура тіла не підвищувалась, з 16.12.18 р. підвищилась температура тіла до 38°C. З 17.12.18 р. мати дитини відмітила посилення нежитю та появу одутлості обличчя. Мати звернулася до лікаря-отоларинголога, який встановив діагноз: «Гострий риніт» та призначив для лікування флемоксин. З 18.12.18 р. мати почала відмічати збільшення розмірів живота, розміри якого надалі поступово збільшувалися на тлі нормотермії. 20.12.18 р. мати з дитиною звернулася до лікаря-педіатра, який дав направлення на госпіталізацію у дитячу міську клінічну багатопрофільну лікарню №5 м. Запоріжжя (ДМКБЛ №5). Після огляду хворий був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії та реанімації. Стан дитини був розцінений як важкий, за рахунок набрякового синдрому та гепатоспленомегалії. Шкіра була блідо-рожевого кольору, набряк верхніх та нижніх кінцівок, припухлість колінних суглобів, шкіра над суглобами не змінена. Периферичні лімфатичні вузли — шийні, пахові та пахові — до 1 см, безболісні, не спаяні з навколишніми тканинами. М'язовий тонус не змінений. На слизовій оболонці рота — енантема. Дихання спонтанне, компенсоване. Грудна клітка підібгана збільшеним животом. При аускультатії легень — жорстке дихання, яке рівномірно проводилося з обох сторін; у нижніх відділах по задній поверхні легень — ослаблене. Гемодинаміка компенсована. Тони серця приглушені. Серцевий ритм правильний. Живіт різко збільшений в об'ємі, доступний пальпації. Печінка виступала на 8 см нижче краю правої реберної дуги, селезінка — на 5 см нижче краю лівої реберної дуги. Сеча та випороження, зі слів матері, без патологічних змін.

Дитина була обстежена: у загальному аналізі крові (ЗАК) Нв 117 г/л, ер. —  $4,4 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 0,35%, тр. —  $250 \times 10^9$ /л, Le —  $7,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 35 мм/г, е. — 7%, п/я — 13%, с/я — 10%, л. — 37%, атипові мононуклеа-

ри — 27%. У біохімічному аналізі крові: глюкоза — 5,9 ммоль/л, загальний білок — 54 г/л, натрій — 138 ммоль/л, калій — 3,9 ммоль/л, хлор —  $10^4$  ммоль/л, креатинін — 57 мкмоль/л, сечовина — 2,3 ммоль/л, АлАт — 0,54 ммоль/л/год, АсАт — 0,8 ммоль/л/год.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Консультація дитячого оториноларинголога — «Гострий фарингіт, аденоїдит». При ультразвуковому дослідженні гепатобіліарної системи (УЗД ГБС): гепатоспленомегалія, дифузні зміни печінки, селезінки, випіт у плевральній порожнині, випіт у малому тазу. Після консультації дитячого інфекціоніста був встановлений діагноз: «Інфекційний мононуклеоз, типова форма на тлі кардіопатії, асцити, паракостального плевриту з обох боків». Пацієнт був переведений у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня Запорізької обласної ради» (КУ «ОІКЛ ЗОР»). У приймальному відділенні був оглянутий спільно з дитячим реаніматологом. Стан дитини розцінений як важкий, за рахунок інтоксикації, виразної гепатоспленомегалії. Температура тіла  $36,3^{\circ}\text{C}$ . Шкірні покриви бліді, венозна сітка на шкірі живота, набряки стоп, щиколоток. Губи бліді, одутлість лица. Периферичні лімфатичні вузли: до 1,0 см підщелепні, шийні до 0,5 см, пахові — 0,3 см. Слизова ротової порожнини — помірна розлита гіперемія, мигдалики збільшені до 2 ст., чисті. При аускультативній — жорстке дихання, хрипів немає; глухі та ритмічні тони серця, систолічний шум у всіх аускультативних точках. При перкусії межі серця: права — на 1 см назовні від правої парастеральної лінії, ліва — на 1 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, верхня — друге міжребір'я. Живіт при пальпації м'який, безболісний, збільшений у розмірах, печінка виступає на 5–6 см нижче краю правої реберної дуги, селезінка — на 4 см нижче краю лівої реберної дуги. Діурез та випорожнення без патологічних змін. Встановлений попередній діагноз: «Інфекційний мононуклеоз? тяжкий перебіг. Полісерозит».

З анамнезу життя стало відомо, що у травні 2018 р. дитина лікувалася з приводу гострого гломерулонефриту, нефротичного синдрому, у червні, липні 2018 р. також отримувала ліку-

вання у ДМКБЛ №5 м. Запоріжжя з приводу токсичного нефриту (мікропротеїнурія) без порушення функції нирок.

У КУ «ОІКЛ ЗОР» дитина була обстежена: у ЗАК (21.12.18 р.) Нв — 89 г/л, ер. —  $3,38 \times 10^{12}$ /л, КП — 0,83%, тр. —  $280 \times 10^9$ /л, Le —  $8,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 60 мм/г, е. — 2%, п/я — 5%, с/я — 35%, л. — 50%, м. — 5%, плазматичні клітини — 4:100, атипові мононуклеари — 3%. Загальний аналіз сечі (ЗАС) від 21.12.18 р. — сеча жовтого кольору, прозора, питома вага 1022, реакція лужна, білок — 0,033 г/л, глюкоза не виявлена, ер. — 0–1 у п/з, лейкоцити — 2–3 у п/з, еп. — 3–4 у п/з, фосфати 1+, трипель-фосфати +, бактерії +. Сеча за Нечипоренком (23.12.18): білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 12500 у п/з, еритроцити — 500 у п/з. Біохімічний аналіз крові (21.12.18 р.): загальний білірубін — 10,0 мкмоль/л, прямий — 2,0 мкмоль/л, тимолова проба — 3,1 од, АлАт — 10,8 од/л, загальний білок — 37 г/л, сечовина — 2,2 ммоль/л, креатинін — 42 мкмоль/л, натрій — 138,4 ммоль/л, калій — 3,98 ммоль/л, глюкоза крові — 6,6 ммоль/л, СРБ — негат. Рентгенографія органів грудної порожнини (22.12.18 р.) — картина обструктивного бронхіту.

Виходячи з анамнезу життя, наявного полісерозиту та загального набрякового синдрому, значного прискорення ШОЕ та виразних змін у сечі, в плані диференціальної діагностики було виключено захворювання крові та дебют системного захворювання сполучної тканини. Було призначено додаткове обстеження.

У динаміці спостереження: у ЗАК від 23.12.18 р. привертали увагу наступні зміни: ШОЕ — 45 мм/г, лімфоцити — 55%, с/я нейтрофіли — 40%; від 24.12.18 р. — лейкоцити —  $10,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 37 мм/г, лімфоцити — 58%; від 26.12.18 р.: лейкоцити —  $12,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 35 мм/г, лімфоцити — 52%; від 27.12.18 р.: лейкоцити —  $18,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 37 мм/г, мієлоцити — 2%, лімфоцити — 54%; від 28.12.18 р.: Нв — 104 г/л, ер. —  $3,7 \times 10^{12}$ /л, КП — 0,83%, лейкоцити —  $9,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 55 мм/г.

Протеїнограма (26.12.18 р.): загальний білок — 56 г/л, альбуміни — 33 г/л, глобуліни:  $\alpha_1$  — 5%,  $\alpha_2$  — 26%,  $\gamma$  — 22%,  $\beta$  — 14%, А/Г коефіцієнт — 0,49%. Коагулограма (23.12.18 р.): протромбіновий індекс — 143%, АКТ — 93%, вільний гепарин — 0,06, фібриноген — 3,53 г/л, фібриноген Б ++, МНО — 0,77. Кров на маркери вірусних гепатитів В та С (26.12.18 р.): HbsAg, Anti-HCV Ig сум. — результат негативний. Консультація дитячого хірурга 21.12.18 р. —

явища полісерозиту на тлі інфекційного мононуклеозу.

ІФА (24.12.18 р.) сироватки крові — виявлений IgM до капсидного антигену ВЕБ. Обстеження крові методом ПЛР (24.12.18 р.) — виявлена ДНК ВЕБ. Кров методом ІФА та ПЛР (24.12.18 р.) негативна відносно ЦМВ.

На підставі отриманих даних та в динаміці спостереження було виключено і захворювання крові, і дебют системного запального захворювання сполучної тканини. Остаточний діагноз: «Інфекційний мононуклеоз (ВЕБ+), тяжкий перебіг, ускладнений набряковим синдромом із полісерозитом».

Дитина отримувала лікування: глюкокортикостероїди (преднізолон) у дозі 3 мг/кг, з подальшим зниженням дози, спіроналактон 25 мг по 1/2 таб. 2 рази на день, азитроміцин 180 мг/добу, фуросемід одноразово 0,5 мл.

При динамічному спостереженні дитини в стаціонарі 21.12.18 р. мало місце зниження рівня загального білка до 37 г/л. За час перебування дитини в стаціонарі (7 днів) зберігалися незначне збільшення периферичних лімфатичних вузлів, гепатоспленомегалія (без динамі-

ки), проте поступово зменшилися набряки кінцівок та об'єм живота. 28.12.18 р. мати категорично наполягає на виписці дитини із стаціонару, і дитина була виписана у стані середньої важкості.

Отже, у дитини з наявною нефропатією в анамнезі інфекційний мононуклеоз перебігав у важкій формі зі значною гепатоспленомегалією, виразним набряковим синдромом і за відсутності типових симптомів у вигляді тонзиліту, системної запальної реакції та лімфаденопатії. Це ускладнило діагностику і вимагало проведення додаткових лабораторних досліджень та включення до терапії глюкокортикостероїдів.

## Висновки

Наведений клінічний випадок демонструє труднощі клінічної діагностики важких випадків інфекційного мононуклеозу за рахунок виникнення нетипових синдромів — полісерозиту та набрякового синдрому із нівелюванням типових проявів хвороби.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Volokha AP. (2015). Epstein-Barr viral infection in children. *Sovremennaya pediatriya*. 4(68): 103–110 [Волоха АП. (2015). Епштейн-Барр вірусна інфекція у дітей. *Современная педиатрия*. 4(68): 103–110]. doi 10.15574/SP.2015.68.103
2. Golubovskaya OA (red.), Andrejchin MA, Shkurba AV. (2014). *Infectious diseases*. Kiev: 783 [Голубовская ОА (ред.), Андрейчин МА, Шкурба АВ. (2014). *Инфекционные болезни*. Киев: 783].
3. Ivanova LA, Garas MN, Andrijchuk TR. (2016). Clinico-sonographic indicators as diagnostic criteria for infectious mononucleosis in children. *Aktualnaya infektologiya*. 2(11): 160–165 [Іванова ЛА, Гарас МН, Андрійчук ТР. (2016). Клініко-сонографічні показники як діагностичні критерії інфекційного мононуклеозу в дітей. *Актуальна інфектологія*. 2(11): 160–165].
4. Kruglikov VT, Bagdasarova IV, Kruglikova IV ta in. (2015). Herpes virus infection and glomerulonephritis in children. *Ukrayinskij zhurnal nefrologiji ta dializu*. 2(46): 61–67 [Кругліков ВТ, Багдасарова ІВ, Круглікова ІВ та ін. (2015). Герпесвірусна інфекція і гломерулонефрит у дітей. *Український журнал нефрології та діалізу*. 2(46): 61–67]
5. Kharchenko YuP, Zaretskaia AV, Hudz VA, Slobodnichenko LM, Tselukh VA. (2017). The influence of etiological polymorphism on clinical manifestations and treatment of infectious mononucleosis in children. *Sovremennaya pediatriya*. 3(83): 68–74 [Харченко ЮП, Зарецька АВ, Гудзь ВА та др. (2017). Влияние этиологического полиморфизма на клинические проявления и терапию инфекционного мононуклеоза у детей. *Современная педиатрия*. 3(83): 68–74]. doi 10.15574/SP.2017.83.68
6. Harchenko YuP, Zareckaya AV, Yurchenko IV i dr. (2018). Features of the clinical manifestations of infectious mononucleosis mixed etiology in a child 3 years of age. *Aktualna infektologiya*. 6;1: 48–51 [Харченко ЮП, Зарецька АВ, Юрченко ІВ та др. (2018). Особенности клинических проявлений инфекционного мононуклеоза микст-этиологии у ребенка 3 лет жизни. *Актуальна інфектологія*. 6;1: 48–51].
7. Simre K, Uibo O, Peet A. et al. (2019, Sep). Early life exposure to common virus infections did not differ between coeliac disease patients and controls. *Acta Paediatr*. 108(9):1709–171. doi: 10.1111/apa.14791.

## Відомості про авторів:

**Дралова Олександра Анатоліївна** — к.мед.н., асистент каф. дитячих інфекційних хвороб, Запорізький ДМУ. Адреса: м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26. ORCID ID: 0000-0003-2137-1495  
**Усачова Олена Віталіївна** — д.мед.н., проф., зав. каф. дитячих інфекційних хвороб, Запорізький ДМУ. Адреса: м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26. ORCID ID: 0000-0003-0250-1223  
**Конакова Ольга Володимирівна** — к.мед.н., доц. каф. дитячих інфекційних хвороб, Запорізький ДМУ. Адреса: м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26.  
**Сіліна Єлизавета Андріївна** — к.мед.н., асистент каф. дитячих інфекційних хвороб, Запорізький ДМУ. Адреса: м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26.  
**Пахольчук Тетяна Миколаївна** — к.мед.н., доц. каф. дитячих інфекційних хвороб, Запорізький ДМУ. Адреса: м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26.

Стаття надійшла до редакції 07.08.2019 р., прийнята до друку 03.11.2019 р.