

3. Ахмедов, Д. Р. Современный этап изучения шигеллезов: эпидемиология, эпидемиология, клиническое течение, терапия (на примере Республики Дагестан) : монография / Д. Р. Ахмедов, В. Г. Акимкин. – Москва : ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии, 2023. – 164 с.

4. Матьякубова, Ф. Э. Клинико-эпидемиологическая характеристика шигеллеза у взрослых на современном этапе / Ф. Э. Матьякубова, Э. Ф. Ибрагимова, З. Д. Бахриева // Вестник науки и образования. – 2020. – Часть 1. – № 22. – С. 64-65.

5. Серологическое и клиническое описание острой дизентерии, вызванной устойчивостью к антибиотикам *Shigella Flexner*/ А. Р. Облокулов [и др.] // Проблемы медицины и биологии. – 2012. – № 2 (69). – С. 95-100.

6. Халиулина, С. В. Клинические особенности бактериальной дизентерии, вызванной *Shigella flexneri* и протекающей на фоне тяжелой неврологической патологии / С. В. Халиулина [и др.] // Казанский мед. журн. – 2014. – № 4.

УДК 616.36-002:578.825.11/.13]-053.2

Е. А. Козич, А. П. Демчило, Д. В. Терешков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКСТ-ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ГЕРПЕСВИРУСАМИ (ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР, ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ, ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1/2 ТИПОВ) У РЕБЕНКА

Введение

Инфекции, вызываемые вирусами семейства *Herpesviridae*, являются широко распространенными и плохо контролируемыми. Особенностью герпесвирусной инфекции является поражение многих органов и систем, варьирующиеся от простых кожно-слизистых форм до угрожающих жизни генерализованных. По данным многочисленных исследований, к 18 годам более 90% людей инфицируются одним или несколькими типами герпесвирусов [1]. Внедрение в клиническую практику методов диагностики инфекционных заболеваний на основе ПЦР и ИФА показало, что в этиологической структуре инфекционных поражений печени, помимо вирусов гепатита А, В, С, D, Е, G, TTV, имеют значение вирусы семейства герпеса и в первую очередь цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ) [2]. Наибольшее число публикаций освещает цитомегаловирусную инфекцию. Традиционно считается, что ЦМВ поражает желчные протоки с развитием холестатического гепатита. Приобретенный ЦМВ-гепатит у детей и подростков может диагностироваться в рамках симптомокомплекса инфекционного мононуклеоза [3]. В то время как при ВЭБ-мононуклеозе частым лабораторным отклонением наблюдается повышение уровня печеночных трансаминаз (80% случаев), более редким явлением (5,0-6,6%) – развитие желтухи [4]. Настоящее наблюдение демонстрирует довольно редкую форму гепатита вирусами семейства герпесвирусов, протекающую не в форме инфекционного мононуклеоза, а в виде изолированного поражения печени.

Цель

Описание клинического случая микст-гепатита, вызванного герпесвирусами (вирусом Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом, вирусами простого герпеса 1/2 типов) у ребенка 9 лет.

СЕКЦИЯ

Инфекционные болезни. Эпидемиология. Микробиология. Туберкулез

Материалы и методы исследования

Курация пациента М., 9 лет, находившегося на лечении в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с 29.08.2023 по 11.09.2023.

Результаты исследования и их обсуждение

С 16.08.2023 по 22.08.2023 ребенок находился на стационарном лечении в У «Гомельская областная детская клиническая больница», где было выполнено лапароскопическое грыжесечение слева. Послеоперационный период без особенностей. С 23.08.2023 по 25.08.2023 – повышение температуры тела до 38,5 °С, рвота. 26.08.2023 родители отметили пожелтение кожных покровов и склер, обратились в поликлинику по месту жительства, участковым педиатром была выявлена гепатоспленомегалия, в биохимическом анализе крови – повышение АЛТ более чем в 8 раз от верхней границы нормы. С подозрением на острый вирусный гепатит пациент был направлен в У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» для дообследования и лечения.

Ребенок жалоб не предъявлял. По данным объективного обследования: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы желтушны, склеры иктеричны, сыпи нет. Зуд отсутствует. Катаральных явлений нет. Подчелюстные лимфатические узлы до 0,5 см, эластичные, безболезненные. Пульс 110 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствителен в правом подреберье, печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, без патологических примесей. Диурез сохранен, моча тёмная.

По данным эпидемиологического анамнеза, в июле 2023 года ребенок находился в детском лагере, в начале августа 2023 – на отдыхе в Турции.

На момент поступления в клиническом анализе крови лейкоцитоз $18,53 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные 0%, сегментоядерные 10%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, моноциты 4%, лимфоциты 66%, реактивные лимфоциты 18%, СОЭ 15 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 103,5 мкмоль/л (прямой билирубин 85,2 мкмоль/л), тимоловая проба 5,3 ед, АЛТ 253,0 Ед/л, АСТ 237 Ед/л, щелочная фосфатаза 1624,0 Ед/л, ГГТП 318,7 Ед/л, холестерин 9,7 ммоль/л, СРБ 2,9 мг/л, железо 12,7 мкмоль/л, ферритин 406,9 мкг/л, в остальном отклонений от возрастной нормы не выявлено.

Лечение было назначено согласно клиническим протоколам МЗ РБ: лечебное питание, дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы.

Таблица 1 – Динамика показателей биохимического анализа крови

Показатель	30.08	04.09	08.09
Общий билирубин, мкмоль/л	103,5	68,7	49,8
Показатель	30.08	04.09	08.09
Прямой билирубин, мкмоль/л	85,2	36,4	30,3
Непрямой билирубин, мкмоль/л	18,3	32,3	19,5
АЛТ, Ед/л	253,0	130,2	66,3
АСТ, Ед/л	237,4	74,1	52,7
ГГТП, Ед/л	318,7	179,6	94,4
Щелочная фосфатаза, Ед/л	1624,0	1139,8	928,8
Холестерин, ммоль/л	9,7	8,8	7,1

Для уточнения возможной причины поражения печени проведены дополнительные обследования. По результатам обследования методами ИФА и ПЦР маркеры вирусных гепатитов А, В, С не выявлены.

СЕКЦИЯ

Инфекционные болезни. Эпидемиология. Микробиология. Туберкулез

По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости: увеличение печени (КВР 142 мм, ККР 84 мм, ПЗРп 104 мм, ПЗРл 62 мм), селезёнки (123 × 50 мм) и лимфатических узлов у ворот печени до 15 мм.

На основании серологического (ИФА крови IgM – к ЦМВ, капсидному антигену ВЭБ, ВПГ-1 и ВПГ-2) и молекулярно-генетического методов исследования (ПЦР слюны ДНК ВЭБ – положительно), был выставлен основной диагноз: «Острый микст-гепатит, вызванный вирусами Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом, вирусами простого герпеса 1/2 типов, желтушная форма, средней степени тяжести».

На фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика: состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной окраски, склеры субиктеричны, периферические лимфоузлы не увеличены.

В контрольных анализах крови: лейкоциты $7,89 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 23%, эозинофилы 0%, моноциты 6%, лимфоциты 57%, реактивные лимфоциты 12%, СОЭ 11 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 49,8 мкмоль/л (прямой билирубин 30,3 мкмоль/л), тимоловая проба 5,9 ед, АЛТ 66,3 Ед/л, АСТ 52,7 Ед/л, щелочная фосфатаза 928,8 Ед/л, ГГТП 94,4 Ед/л, холестерин 7,1 ммоль/л.

Выписан в удовлетворительном состоянии с клинико-лабораторным улучшением под наблюдение участкового педиатра.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует острое повреждение печени с типичной клинической картиной острого гепатита в виде интоксикационного, желтушного, цитолитического синдромов, без генерализованной лимфаденопатии и поражения миндалин. Диагноз верифицирован на основании серологического и молекулярно-генетического методов исследования. Тяжесть поражения печени была обусловлена сочетанным действием этиологических агентов: вирусом Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом, вирусами простого герпеса 1/2 типов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты многолетнего изучения герпесвирусной инфекции на кафедре инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н. И. Пирогова / О. В. Шамшева [и др.] // Детские инфекции. – 2017. – Т. 16, № 2. – С. 5-12.
2. Герпесвирусные гепатиты у детей / В. Ф. Чуелов [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 136-142.
3. Клинические варианты течения цитомегаловирусного гепатита / А. В. Смирнов [и др.] // Детские инфекции. – 2008. – № 1. – С. 18-22.
4. Грешнякова, В. А. Инфекционный мононуклеоз: нетипичная манифестация / В. А. Грешнякова, Л. Г. Горячева, А. О. Никифорова // Детские инфекции. – 2022. – № 1. – С. 62-65