

## ВИПАДОК ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В 24-РІЧНОЇ ЖІНКИ, ЯКИЙ ПЕРЕБІГАВ З ПОЛІАРТРИТОМ

Т.В. Чабан, Н.О. Жураковська, М.О. Павловська

*Одеський національний медичний університет (Одеса)*

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону (Одеса)*

### Вступ

Інфекційний мононуклеоз (ІМ), викликаний вірусом Епштейна-Барр (EBV) традиційно відносять до захворювання, що в більшості випадків має сприятливий перебіг. Однак, на жаль, коли ми маємо справу з випадками ІМ у дорослих, це твердження стає досить сумнівним. Так, серед дорослих у 30 % випадків має місце тяжкий перебіг ІМ. Крім того, значно зростає вірогідність розвитку найрізноманітніших ускладнень. Найчастіше спостерігаються неврологічні та гематологічні ускладнення ІМ [1-3]. Серед неврологічних ускладнень найбільшу небезпеку для хворого становить енцефаліт і менінгіт, крім того можливий розвиток синдрому Гійєна-Барре, поліневрити та навіть психозу [2, 4-5]. Гематологічні ускладнення найчастіше проявляються тромбоцитопенією, автоімунною та апластичною анемією. Можливий розвиток EBV-асоційованого гемофагоцитарного синдрому, який перебігає з анемією, тромбоцитопенією, панцитопенією та внутрішньосудинною коагулопатією, нерідко з летальним наслідком. [1-7]. Особливої уваги заслуговують ускладнення з боку опорно-рухового апарату, серед яких: артрити, поліартрити, сінковіїти. В науковій літературі представлені лише поодинокі випадки таких ускладнень ІМ, майже немає детальної інформації щодо їх патогенезу та способу лікування.

У зв'язку з цим ми вважаємо доцільним представити **клінічний випадок** атипового перебігу ІМ в 24-річній жінки, що ускладнився поліартритом.

Хвора М., 1989 року народження, звернулась до Військово-медичного клінічного центру Південного регіону 01.04.2013р, на 16 добу хвороби зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,3 – 37,5С°, біль у спині, колінних, міжфалангових суглобах, припухлість та почервоніння шкіри над цими суглобами,

збільшення передньо-, задньошийних, піднижчещелепних, пахвових лімфовузлів, відчуття важкості в правому підбер'ї.

З анамнезу хвороби стало відомо, що захворювання почалося у середині березня з підвищення температури тіла до 37,3 – 37,5С°, загальної слабкості, болю в спині та шийі, болю в реберно-хребетних суглобах та грудній клітці, що посилювався при спробі глибокого вдиху. На 3 добу хвора звернулась до дільничного терапевта, був діагностований остеохондроз, призначена протизапальна терапія. На 4 добу до вищезгаданих скарг приєдналась багаторазова блювота, на 7 добу хвора помітила почервоніння та припухлість шкіри над лівим колінним суглобом, біль при спробі руху в цьому суглобі. Хвора звернулась до травматологічного відділення міської лікарні. Були проведені наступні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, доплерографічне дослідження судин нижніх кінцівок, діагностична пункція колінного суглоба. Зі слів хворої, за результатами даних досліджень, суттєвих змін, крім прискорення ШЗЕ встановлено не було. Діагностований сінковіїт лівого колінного суглоба, призначена протизапальна, антибактеріальна терапія, магнітотерапія. Однак, призначене лікування виявилось неефективним і через 4 доби у хворої до вищезгаданих скарг приєднався біль та зменшення об'єму рухів у правому колінному суглобі, відзначалось почервоніння та припухлість шкіри над ним.

Хвора відмовилась від подальшого лікування в травматологічному відділенні та самостійно звернулась до Військово-медичного клінічного центру Південного регіону.

З анамнезу життя відомо, що пацієнтка до теперішнього часу хворіла тільки на гострі респіраторні вірусні інфекції. Хронічні захворювання, шкідливі звички заперечує. В грудні 2012 року перенесла захворювання, яке супроводжувалось підвищенням температури тіла до 38,5-39,1°С, болем у горлі, збільшенням периферичних лімфовузлів, незначною папульозною висипкою на грудях та животі, яка самостійно зникла через 2 дні. Однак, хвора за медичною допомогою не зверталась, вважаючи цей епізод звичайною застудою, приймала симптоматичні засоби.

Дані епідеміологічного анамнезу: за професією вчитель молодших класів. В продовж місяця з міста не виїжджала, з інфекційними хворими, зі слів хворої, не контактувала. Своє захворювання ні з чим не зв'язує.

При вступі до стаціонару стан хворої розцінений, як середньотяжкий. Свідомість ясна. Шкірні покрови бліді, висипу немає. При фарингоскопії: відзначається незначна гіперемія слизової оболонки ротоглотки, мигдалики не збільшені, нальотів немає. Шия звичайної форми, пальпуються збільшені задньошийні, передньошийні, пахвові лімфовузли до 5 мм на діаметр, чутливі при пальпації. Над легеньми перкуторно ясний легеневиий звук, аускультативно – дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 18 за хв. Межі серця не розширені, тони серця ясні, ритмічні. Пульс – 92 за хв., задовільних властивостей. АТ – 120/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, при пальпації болісний у правому підребер'ї. Нижній край печінки виступає на 2 см нижче краю реберної дуги, селезінка не пальпується.

Міжфалангові та колінні суглоби збільшені у розмірі, болісні при спробі руху, шкіра над ними гіперемована, припухла. Об'єм руху в правому та лівому колінному суглобах зменшений на 40 %. Також відзначається болісність та зменшення об'єму руху в шийному та поперековому відділах хребта.

Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення не порушені.

Враховуючи клінічну симптоматику на момент госпіталізації хворої, лікарем стаціонару був встановлений попередній діагноз: поліартрит невстановленої етіології та призначено додаткове обстеження.

Результати лабораторних і інструментальних досліджень:

Таблиця 1

## Загальний аналіз крові хворої М.

Показник, одиниця вимірювання	Дата			
	01.04.2013	05.04.2013	10.04.2013	15.04.2013
Гемоглобін, г/л	122,5	125,2	110,2	125,3
Еритроцити, $10^{12}$ /л	4,1	3,9	3,9	4,2
Кольоровий показник	0,9	0,9	0,9	1,0
Ретикулоцити, %	-	-	-	-
Тромбоцити, $10^9$ /л	270	267	252	243
Лейкоцити, $10^9$ /л	15,1	13,9	10,3	6,9
Еозинофіли, %	2	1	1	1
Нейтрофіли п/я, %	10	12	7	6
Нейтрофіли с/я, %	72	69	79	70
Лімфоцити, %	12	11	19	18
Моноцити, %	4	7	6	5
Віроцити, %	-	-	-	-
ШЗЕ, мм/год	38	39	19	15

Таблиця 2

## Біохімічні показники хворої М.

Показник, одиниця вимірювання	Дата	
	01.04.2013	11.04.2013
Загальний білок, г/л	72	74
Сечова кислота, мкмоль/мл	25,4	23,2
Тимолова проба, ОД/SH	25,4	6,7
АсАТ, U/L	458	134
АлАТ, U/L	383	121
ГГТП, U/L	127	45
Креатинкіназа, U/L	220	171
ЛДГ, U/L	689	482
Сіалові кислоти, Од	260	220
Сіроглікоїд, Од	6,1	5,2
Загальний білірубін, мкмоль/л	16,5	16,3
СРП, Од/мл	32	12
Ревматоїдний фактор	Негатив.	Негатив.
АСЛО	Негатив.	Негатив.

Імунограма від 03.04.13:

T-лімфоцити (CD3+,CD19-)	86,5%
T-хелпери/T-індуктори (CD4+,CD8-)	14,5%
T-супресори/Цитотоксичні клітини (CD4-,CD8+)	69,4%
Імунорегуляторний індекс (CD4+,CD8-/ CD4-, CD8+)	0,2%
Цитотоксичні клітини (CD3+,CD56+)	2,3%

Таким чином, у хворої М. має місце лімфоцитарний дисбаланс з активацією T-хелперної субпопуляції, який в свою чергу призвів до аутоімунного процесу.

Ревматологічна панель від 03.04.2013

Антитіла до цитрулінованого віментину (Sa-антиген)	< 2Ru /mL
Аутоантитіла Ig A до Fc-фрагменту IgG (Ревматоїдний фактор)	0,15 R
Аутоантитіла Ig G до Fc-фрагменту IgG (Ревматоїдний фактор)	0,2 R
Аутоантитіла Ig M до Fc-фрагменту IgG (Ревматоїдний фактор)	2,89 R

Рентгенограма органів грудної клітки від 01.04.2013: легеневи поля - без осередково-інфільтративних змін, органи середостіння - без патологічних змін

Рентгенограма правого та лівого колінного суглоба від 01.04.2013: без патологічних змін.

УЗД органів черевної порожнини від 01.04.2013. Контури печінки чіткі, рівні. Розміри збільшені. Поперечний розмір – 21 см, вертикальний розмір правої долі – 15 см, передньо-задній розмір правої долі – 15

см нижня порожиста вена не розширена. Тканина печінки грубозерниста, однорідна, звичайної ехогенності. Контури підшлункової залози та жовчного міхура чіткі, рівні, звичайної ехогенності, розміри не збільшені. Паренхіма селезінки однорідна, звичайної ехогенності. Площа селезінки – 59 см. кв., селезінкова вена не розширена.

Враховуючи те, що хвора вказувала на гостре респіраторне захворювання за 3,5 місяці до теперішнього випадку, яке мало типову клініку інфекційного мононуклеозу, лікарем стаціонару були призначені додаткові обстеження:

антитіла до капсидного (VCA) антигену EBV класу Ig M – знайдені  
антитіла до капсидного (VCA) антигену EBV класу Ig G – знайдені  
антитіла до ядерного (NA) антигену EBV класу Ig G – знайдені  
антитіла до CMV класу Ig M – не знайдені  
антитіла до Chlamidia trachomatis et psitaci класу Ig M – не знайдені  
антитіла до HSV I, II типів класу Ig M – не знайдені  
антитіла до toxoplasma класу Ig M – не знайдені

При дослідженні сироватки крові та слини хворої М. методом ПЛР також знайдено вірус Епштейна-Барр.

На підставі наведених даних можна припустити, що хвора М. у недавньому минулому перенесла гостру Епштейна-Барр вірусну інфекцію, яка на теперішній час знаходиться в стадії реактивації, про що свідчить одночасне виявлення антитіл до капсидного антигену EBV класу Ig G, Ig M та антитіл до ядерного антигену на тлі наявності EBV в крові та слині.

Таким чином, враховуючи клінічну картину захворювання (гіпертермічний і інтоксикаційний синдроми, поліартрит, лімфаденопатія, гепатоспленомегалія, цитолітичний синдром), дані епіда-намнезу про перенесене гостре респіраторне захворювання незадовго до теперішнього випадку, результати лабораторних методів дослідження був встановлений діагноз: Хронічна Епштейна-Барр вірусна інфекція в стадії реактивації, ускладнена поліартритом.

Окрім стандартної дезінтоксикаційної та протизапальної терапії хворій було призначено наступне лікування: клацид по 500 мг двічі на добу впродовж 10 днів, вальтрекс по 500 мг тричі на добу впродовж 14 днів, медрол за схемою, починаючи з 32 мг на добу поступово знижуючи дозу до 4мг на добу впродовж трьох тижнів, сульфосалазин по 500 мг тричі на добу впродовж місяця, оmez по 10 мг один раз на добу впродовж трьох тижнів, гептрал в/в струминно по 400 мг два рази на добу впродовж 10 днів.

Слід зазначити, що вже через 5 днів після призначеного лікування, у хворої значно зменшився інтоксикаційний синдром, знизилась вираженість болю в спині, колінних, міжфалангових суглобах, зменшилась припухлість та почервоніння шкіри над цими суглобами, зменшилися периферичні лімфовузли, при пальпації вони стали безболісними. В загальному аналізі крові помірно зменшився лейкоцитоз (див. табл. 1).

На 10 добу від початку лікування в хворої М. нормалізувалась температура тіла, повністю купірувався больовий синдром, відновився об'єм рухів у залучених до патологічного процесу суглобах. В загальному аналізі крові від 10.04.2013 лейкоцитоз зменшився з  $15,1 \cdot 10^9 / \text{л}$  до початку лікування до  $10,3 \cdot 10^9 / \text{л}$  після десятиденної терапії (див. табл. 1). При повторному дослідженні біохімічних показників від 11.04.2013 відмічалось значне зниження активності амінотрансфераз, так АлАТ зменшилась в 3,1, АсАТ – 3,4 рази порівняно з показниками до початку лікування, ГТТП, сіалові кислоти, сіроглікоїд наблизились до норми (див. табл. 2) На теперішній час хвора продовжує лікування амбулаторно під наглядом інфекціоніста.

#### Висновки

1. У даному випадку ми стикнулися з атипичним перебігом інфекційного мононуклеозу у хворої молодого віку, який набув хронічного перебігу та ускладнився поліартритом. Аналізуючи дану історію хвороби, слід відмітити, що диференційний діагноз у даному випадку був досить складним. Це пов'язано з тим, що на той час, коли хвора звернулась за лікарською допомогою, в клінічній картині захворювання переважали ознаки ускладнення, а не основного захворювання. Крім того дорослий вік хворої, неухважно зібраний анамнез та досить рідке ускладнення ІМ у вигляді поліартрититу стали на перешкоді своєчасній діагностиці ІМ.

2. Таким чином, інфекційний мононуклеоз у дорослих потребує більш прискіпливої уваги з боку лікарів у зв'язку з високим ризиком розвитку хронічного перебігу хвороби. Також слід зазначити, що у цих хворих значно вищий ризик розвитку ускладнень, серед яких зустрічаються і досить рідкі, такі як у даному випадку.

#### Література

1. Покровська Т.В. Гостра і хронічна Епштейн-Барр вірусна інфекція у підлітків / Т.В. Покровська, О.Б. Надрага // Современная педиатрия. – 2007. – № 5 (22). – С. 132-134.

2. Глей А.І. Ускладнення EBV- інфекційного мононуклеозу у дорослих / А.І. Глей // *Сучасні інфекції*. – 2009. – №2. – С. 21-25.

3. Баранова И.П. Клинические особенности инфекционного мононуклеоза в зависимости от возраста и этиологии заболевания / И.П. Баранова, Д.Ю. Курмаева, О.Н. Лесина // *Детские инфекции*. – 2010. – № 4 – С. 25-28.

4. Особливості клінічного перебігу інфекційного мононуклеозу у дорослих / Л.Ю. Шевченко, Т.В. Покровська, В.І. Бельдій, Т.І. Алексанян // *Інфекційні хвороби*. – 2005. – № 3 – С. 26-29.

5. Шестакова И.В. Эпштейна-Барр-вирусная инфекция у взрослых: вопросы патогенеза, клиники и диагностики / И.В. Шестакова, Н.Д. Ющук // *Лечащий врач*. – 2010. – № 10 – С. 40-44.

6. A cohort study among university students: identification of risk factors for Epstein-Barr virus seroconversion and infectious mononucleosis / D.H. Crawford, K.F.Macswain, C.D.Higgins [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2006. – Vol. 43. – P. 276-282.

7. Differences T cell-type chronic active Epstein-Barr virus infectious / H. Kimura, Y. Hoshino, Sh. Hara [et al.] // *Ibid.* – 2005. – Vol. 191. – P. 531-539.

#### Резюме

**Чабан Т.В., Жураковська Н.О., Павловська М.О.** Випадок інфекційного мононуклеозу в 24-річній жінки, який перебігав з поліартритом.

В статті представлений клінічний випадок інфекційного мононуклеозу в 24-річній жінки, який ускладнився поліартритом. Особливістю клінічного перебігу в даному випадку були тривала гарячка, виражений артралгічний та цитолітичний синдроми.

**Ключові слова:** інфекційний мононуклеоз, вірус Епштейна-Барр, поліартрит.

#### Резюме

**Чабан Т.В., Жураковская Н.А., Павловская М.А.** Случай инфекционного мононуклеоза в 24-летней женщины, который протекал с полиартритом.

В статье представлен клинический случай инфекционного мононуклеоза у 24-летней женщины, который осложнился полиартритом. Особенностью клинического течения в данном случае были длительная лихорадка, выраженный артралгический и цитолитический синдромы.

**Ключевые слова:** инфекционный мононуклеоз, вирус Эпштейна-Барр, полиартрит.

#### Summary

**Chaban T., Zhurakovskaya N.A., Pavlovskaya M.A.** A case of infectious mononucleosis in a 24-year-old woman who was complicated by arthritis.

The article presents a clinical case of infectious mononucleosis in a 24-year-old woman who was complicated by arthritis. The peculiarity of the clinical course in this case were prolonged fever, expressed arthralgic and cytolytic syndromes.

**Key words:** infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus, arthritis.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Я.А. Соцька

## ОБЗОР ЛЕКЦИЙ ПРОФЕССОРА ФРОЛОВА В.М. ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ГУ «ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ».

### ЛЕКЦИЯ 1 . БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А И В

Хомутянская Н.И., Терешин В.А., Пересадин Н.А.

**Брюшной тиф (лат.-typhus abdominalis)** – острая антропонозная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризуется поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, бактериемией, лихорадкой и другими симптомами интоксикации, гепато-лиенальным синдромом, розеолезной сыпью, а также возможным возникновением рецидивов, специфических осложнений в виде кишечных кровотечений и перфорации кишечника; формированием хронического бактерионосительства.

**Из истории:** в 1820 г. Бретонно (Bretonneau) описал в качестве самостоятельной болезни брюшной тиф (БТ). В 1829 г. Луи (Louis) описал клиническую картину болезни и анатомические изменения в кишечнике и впервые использовал термин « febris enterica»(брюшной тиф). Возбудитель был открыт в 1880г. Эбертом (Eberth) и выделен в чистой культуре в 1884 г. Гаффки (Gaffki). Большой вклад в изучение БТ внесли С.П. Боткин, А.Ф. Билибин, К.В. Бунин и другие отечественные ученые.

**Актуальность.** БТ регистрируется повсеместно в виде sporadic случаев, локальных вспышек и эпидемий. Чаще распространяется БТ в странах с низким уровнем санитарных условий, отсутствием централизованного водоснабжения и канализации, усилением миграционных процессов. В Украине, по данным нашего ретроспективного анализа, показатель заболеваемости БТ за 40 лет (1970-2010гг.) снизился в 5 раз и составил 0,3 на 100 тыс. населения. В тоже время, в отдельные годы в нашей стране возникали эпидемические вспышки БТ и паратифов в Закарпатской области, в городах Одессе, Луганске. К примеру, в г. Луганске в 1992-1994гг. нами наблюдалась и описана эпидемическая вспышка БТ на кварта-