

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ПОДРОСТКА

Суровчикова Л.В.

Научный руководитель: Л.И. Фельдфикс

Детская городская клиническая больница № 9 имени
Г.Н. Сперанского ДЗМ, Москва, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; дети;
инфекционный мононуклеоз; дифференциальная
диагностика*

Актуальность. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) определяется как острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением ротоглотки, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови. Симптомы ИМ многообразны и в некоторых случаях неспецифичны, что затрудняет дифференциальную диагностику заболевания.

Описание клинического случая. Мальчик, 15 лет, госпитализирован в ОРИТ в связи с продолжающимся носовым кровотечением. После стабилизации состояния переведен в инфекционное отделение для обследования и лечения. Из анамнеза известно, что подросток лихорадил на протяжении 5 дней, также отмечались жалобы на боль в горле. При осмотре в инфекционном отделении обращает на себя внимание геморрагическое отделяемое по задней стенке глотки, в левом носовом ходу ватный тампон, пропитан геморрагическим содержимым, элементы петехиальной сыпи на левом предплечье. Температура тела в пределах субфебрильных значений. По лабораторным данным — в общем анализе крови отмечается тромбоцитопения $17,4 \times 10^3/\text{мкл}$, моноцитоз 16%, гемоглобин 113,2 г/л, лейкоциты $3,57 \times 10^3/\text{мкл}$, СОЭ 17 мм/ч. Активность АЛТ и АСТ в норме. Уровень СРБ 12 мг/л. Учитывая геморрагический синдром, тромбоцитопению в общем анализе крови $17,4 \times 10^3/\text{мкл}$, в динамике $4,8 \times 10^3/\text{мкл}$, данные осмотра ЛОР-врача (рецидивирующее носовое кровотечение), ребенку поставлен клинический диагноз: Тромбоцитопеническая пурпура. Рецидивирующее носовое кровотечение. По рекомендации гематолога ребенку внутривенно капельно был введен иммуноглобулин человека нормальный 60 г. За время наблюдения не лихорадил, катаральных явлений нет. Для исключения диагноза «острый лейкоз» ребенок переведен в профильное отделение гематологии. В отделении произведена пункция костного мозга, по данным миелограммы — бластных клеток не обнаружено, диагноз «острый лейкоз» снят. По данным общего анализа крови в динамике — тромбоциты в пределах нормативных значений. Однако в отделении гематологии у подростка отмечен повторный подъем температуры тела до фебрильных значений, боль в горле. В связи с фебрилитетом, появлением катаральных явлений больной переведен в инфекционное отделение для лечения. При осмотре отмечается подъем температуры тела до $38,5^\circ\text{C}$, ротоглотка гиперемирована, миндалины увеличены, на них с обеих сторон — наложения белого цвета. Поднижнечелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены, при пальпации плотные, умеренно болезненные. По лабораторным данным у больного отмечается нарастание активности АЛТ и АСТ до 100,5 и 95 ЕД/л соответственно. В общем анализе крови моноцитоз 23%, появление атипичных мононуклеаров. При УЗИ органов брюшной полости у больного выявлена гепатоспленомегалия. По совокупности данных установлен диагноз: ИМ.

Заключение. Особенностью этого клинического случая является выраженный геморрагический синдром, а также позднее появление характерных для ИМ симптомов, что затруднило диагностический поиск.

* * *