

Необходимо настороженно относиться к клиническим проявлениям ОРВИ и не пренебрегать обследованием на герпес-вирусные инфекции, чтобы вовремя диагностировать ИМ и не допустить развития осложнений.

* * *

* * *

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО БРОНХИТА У ПОДРОСТКА

Шаталова О.Г.

Научный руководитель: Н.А. Польшикова

Курский государственный медицинский университет
Минздрава России, Курск, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; подростки;
инфекционный мононуклеоз; диагностика*

Актуальность. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) у подростков манифестирует преимущественно с классических клинических проявлений: лихорадочной реакции, полиаденопатии, гипертрофии небных миндалин, гепатоспленомегалии. Вместе с тем встречаются случаи с нетипичной симптоматикой, что затрудняет раннюю диагностику заболевания.

Описание клинического случая. Больной С., 14 лет, обратился к педиатру с жалобами на повышение температуры тела до 39°C. Назначенная терапия антибиотиками (осельтамивир, кларитромицин) оказалась неэффективной. Через 5 дней при рентгенографии органов грудной клетки выявлены признаки бронхита. К лечению был добавлен триазаверин, выдано направление на госпитализацию с диагнозом: Острый бронхит средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность 0 степени. При поступлении в стационар: жалобы на повышение температуры тела до 40°C, малопродуктивный кашель. При объективном осмотре: общее состояние средней тяжести за счёт интоксикационного синдрома, в ротоглотке гиперемия и гипертрофия миндалин 2 степени, лакуны расширены, в них гнойные налеты. Подчелюстные, шейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре, безболезненные. Из носа скудное слизистое отделяемое, аускультативно в лёгких жёсткое дыхание, выслушиваются единичные проводные хрипы по задней поверхности грудной клетки. Печень пальпируется по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. В общем анализе крови лейкоцитоз ($15,3 \times 10^9/\text{л}$), относительный лимфоцитоз (63%), атипичные мононуклеары (9%). По данным биохимического анализа: АЛТ 222 ЕД/л, АСТ 84 ЕД/л, СРБ 43 мг/л. Методом ИФА определены IgG к раннему антигену вируса Эпштейна–Барр. При ПЦР обнаружена ДНК ВЭБ. При УЗИ органов брюшной полости и лимфатических узлов выявлены диффузные изменения паренхимы печени и реактивная лимфаденопатия шейных и подчелюстных лимфатических узлов. На основании осмотра и данных проведённых обследований был выставлен заключительный диагноз: ИМ, вызванный ВЭБ, тяжёлое течение. Острый бронхит средней тяжести. Дыхательная недостаточность 0 степени. Проведено лечение, соответствующее клиническим рекомендациям, общее состояние больного улучшилось, лабораторные показатели нормализовались. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует нетипичную манифестацию ИМ у подростка с последующим развитием диффузного поражения печени.