

**Хохлова Альона Олегівна**

здобувач вищої освіти IV медичного факультету  
Харківський національний медичний університет, Україна

**Науковий керівник: Дзиза Алла Василівна**

асистент кафедри оториноларингології  
Харківський національний медичний університет, Україна

## ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ В ПРАКТИЧНІЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

**Вступ.** У зв'язку з поширенням герпесвірусних інфекцій серед населення та їх спроможності викликати захворювання практично всіх органів та систем, проблема діагностики та лікування збудників даної патології є актуальною у сучасному світі [1, 2, 3].

Інфекційний мононуклеоз (ІМН) – вірусне захворювання, що супроводжується лихоманкою та специфічними змінами в аналізі крові, а також ураженням зіву, лімфатичних вузлів, печінки та селезінки. Захворювання є поліетіологічним, збудниками можуть виступати  $\gamma$ -герпетичний вірус 4-го типу – вірус Епштейна-Барр (ВЕБ), герпетичний вірус 5-го типу – Цитомегаловірус (ЦМВ) та інші. Також, ВЕБ відноситься до групи онкогенних ДНК-вмісних вірусів та може бути однією із причин виникнення злоякісних новоутворень, наприклад, лімфоми Беркітта, В-клітинних лімфом, назофарингеальної карциноми або волосистої лейкоплакії.

Інкубаційний період при ІМН зазвичай становить від 2 тижнів до 2 місяців. Користування предметами загальної гігієни сприяє поширенню вірусу. Найчастіше спорадичні випадки зустрічаються у весняний період серед дітей дошкільного віку та молодих людей [4]. Клінічна картина захворювання характеризується поліорганными ураженнями та складається з:

- загальноінфекційного синдрому (гострий початок, підвищення температури тіла до фебрильних цифр);
- лімфопроліферативного синдрому (збільшення підщелепних, шийних, привушних, потиличних груп лімфовузлів до 3 см);
- тонзиліту (при фарингоскопії – гіперемія задньої стінки глотки, збільшені в розмірах піднебінні мигдалики із білувато-жовтим нальотом, який покриває всю поверхню мигдаликів або знаходиться по ходу лакун, легко знімається та не кровоточить);
- гепатоспленомегалії (проявляється не тільки збільшенням у розмірах печінки й селезінки, а також підвищенням у крові рівня печінкових трансфераз у 5-10 разів);
- в ряді випадків – екзантеми (у вигляді папул, розеол, везикул або пустул);
- змін у гемограмі (абсолютний лейкоцитоз ( $15-30 \times 10^9/\text{л}$ ), підвищення абсолютного числа лімфоцитів, зниження абсолютного числа нейтрофілів, помірне підвищення ШОЕ (до 20 мм/год), поява атипових мононуклеарів на 2-му тижні захворювання) [1].

Для остаточного встановлення діагнозу потрібно верифікувати збудника інфекційного мононуклеозу. Це можна зробити шляхом визначення антигенів та антитіл до ВЕБ та ЦМВ за допомогою імунологічного (ІФА) та молекулярно-біологічного (ПЛР, гібридизація) методів дослідження. Обов'язково потрібно проводити диференціальну діагностику ІМН з наступними захворюваннями: ангіна, дифтерія ротоглотки, лімфогранулематоз, ВІЛ (3-кратне обстеження на ВІЛ), вірусний гепатит, токсоплазмоз.

Тактика лікування хворих на ІМН залежить від тяжкості та періоду захворювання, клінічних проявів. Пацієнти з важкими та середньоважкими формами мають бути скеровані до інфекційного стаціонару. Основні принципи лікування хворих на ІМН: напівліжковий режим з обмеженням будь-якого фізичного навантаження; дієта, стіл №5; етіотропне лікування (ациклічні нуклеозидні аналоги), патогенетичне і симптоматичне лікування (антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія, жарознижуючі, знеболюючі та спазмолітичні препарати, вітамінотерапія, місцеві антисептики та деконгестанти) [5].

**Описання клінічного випадку.** Хворий К., 20 років, звернувся до лікаря-оториноларинголога на 2-у добу від початку захворювання зі скаргами на слабкість, болі у горлі, слизові виділення з носа та підвищення температури до 37,6°C. При фарингоскопії: слизова оболонка глотки гіперемована, піднебінні мигдалики збільшені, набряклі, практично змикаються по середній лінії, покриті масивним нальотом жовтуватого кольору, що легко знімається. Об'єктивно: задньошийні, потиличні та піднижньощелепні лімфовузли збільшені до 3,0 см в діаметрі, рухливі, безболісні при пальпації, шкірні покриви чисті. Було призначено амбулаторне лікування, приймав амоксицилін, але без ефекту. Через 3 доби повторно звернувся до оториноларинголога зі скаргами на погіршення загального стану, підвищенням температури до 38,5°C. У клінічному аналізі крові: лейкоцитоз ( $14,1 \times 10^9/\text{л}$ ), лімфоцитоз ( $9,47 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтропенія ( $1,6 \times 10^9/\text{л}$ ), атипові мононуклеари (11%), прискорена ШОЕ (15 мм/год). В біохімічному аналізі крові – підвищення рівню АЛТ до 219,52 Од/л. З попереднім діагнозом інфекційний мононуклеоз пацієнта було скеровано до інфекційного стаціонару, де на 14-у добу захворювання за допомогою імунологічного дослідження виявили наявність IgM і IgG до ВЕБ, реакція IgM до ЦМВ - негативна.

Пацієнту була призначена схема лікування: протівірусна терапія (ацикловір 0,4 мг 5 разів на добу - протягом 14 днів), антибактеріальна терапія (цефтріаксон - 1,0 мг 2 рази на добу внутрішньовенно протягом 5 днів), інфузійна терапія (натрію хлорид, калію хлорид, аскорбінова кислота протягом 7 днів), нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) при болях та температурі, спазмолітики (но-шпа), вітамінотерапія (аскорутин по 1 таблетці 3 рази на день протягом 14 днів). Місцево: полоскання глотки розчинами антисептиків (фурацилін) або 10% настоєм трав (звіробоя), судинозвужувальні краплі в ніс.

Після проведеного стаціонарного лікування загальний стан хворого поліпшився. ЛОР-органи без особливостей, зберігається збільшення піднижньощелепних лімфовузлів та гепатоспленомегалія. Показники загального аналізу крові практично нормалізувалися (кількість мононуклеарів зменшилася у 2 рази). Пацієнта було виписано під спостереження сімейного лікаря з рекомендаціями уникати фізичних навантажень та інсоляції протягом 3 місяців, а також контроль клінічного аналізу крові кожні 2 тижні та консультація гематолога через 3 місяці.

**Висновок.** Інфекційним мононуклеозом зазвичай хворіють особи молодого віку. Здебільшого таким пацієнтам ставиться діагноз «гострий тонзиліт» на підставі клінічних проявів та призначається амбулаторне лікування антибіотиками пеніцилінового ряду. Лікар-оториноларинголог обов'язково повинен провести повне обстеження хворого і, у разі підозри на ІМН, направити його до інфекціоніста, тому що своєчасна діагностика та лікування таких хворих дає змогу полегшити перебіг даної патології.

#### Список використаних джерел:

1. Антонова М.В., Любимцева О.А., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Бертрам Л.И., Молокова О.М. & Мясунова Е.Ю. (2015). Течение Эпштейна – Барр вирусного инфекционного мононуклеоза у детей. *Журнал инфектологии*, (4), 49-50.
2. Пирогов Н.Н., Портенко Е.Г. & Столяров Д.И. (2016). К вопросу о роли микробиоты в этиопатогенезе развития хронического фаринготонзиллита. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, (3), 63–71.

3. Мулдашева А.А. & Анготоева И.Б. (2015). Микробиота нёбных миндалин при простой форме хронического тонзиллита на фоне ларингофарингеального рефлюкса. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, (3), 68-69.
4. Арова А.А., Крамарь Л.В., Алюшин А.М. & Карпухина О.А. (2011). Клинические маски инфекционного мононуклеоза. Пути терапевтической коррекции. *Волгоградский научно-медицинский журнал*, (2), 26–31.
5. Лавренова Г.В. Наш опыт лечения инфекционного мононуклеоза. Новые технологии в оториноларингологии. *Сборник статей Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию профессора Н.В. Мишенькина*. (с. 24-28). 18-19 ноября, 2016, Омск, Россия.