

Случай рецидивирования респираторных заболеваний на фоне подтвержденной персистенции вируса Эпштейна-Барр

Сембаева А.Д., Сатыбалдиева Ж.А.

КазНМУ им С.Д. Асфендиярова

Термин «часто болеющий ребенок» или реже употребляемый «часто болеющий подросток» широко используется в медицинской литературе с советских времен по настоящее время. Эти термины заслужили свое право на существование, что, безусловно связано с актуальностью этой проблемы. Следует особо отметить, что «часто болеющий ребенок» это не синдром и не диагноз, а выделенная группа наблюдения, куда объединены дети и подростки, кто часто, а нередко часто и/или длительно болеет острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), однако, повторные эпизоды ОРЗ не связаны с наличием стойкой наследственной и/или врожденной патологии [1,2,3]. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям данной группы обусловлена транзиторными корректируемыми отклонениями в защитных системах организма. На основании критериев, предложенных А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким [4], так называемая «допустимая» частота респираторных инфекций зависит от возраста ребенка, и именно частота эпизодов ОРЗ позволяет отнести пациента к группе часто болеющих детей. Так, для детей до 3 лет – 6 и более случаев болезни, от 4 до 5 лет - 5 и более, и в возрасте старше 5 лет – 4 и более эпизода в год [4]. Респираторные инфекционные заболевания являются самой распространенной инфекционной патологией у детей и у взрослых. И по эпидемиологическим данным у детей и подростков распространенность болезней органов дыхания в 6 раз выше, чем у взрослых [4]. Рецидивы ОРЗ способствуют формированию хронических заболеваний бронхолегочной системы, развитию патологии ЛОР-органов (синуситы, фарингит и др.). Высокая заболеваемость ОРЗ имеет медицинское и социально-экономическое значение, так как происходят пропуски занятий в школе, ухудшается общее самочувствие, может отмечаться отставание в физическом развитии. Актуальность проблемы из всего вышеописанного представляется несомненной. Среди возможных объяснений частых рецидивов ОРЗ у детей и подростков можно выделить непростую эпидемиологическую обстановку при посещении детских учреждений, отягощенный преморбидный фон (анемия, гипотрофия, дисбактериозы, диатезы и др.), особенность иммунного ответа (измененная иммунологическая реактивность), а также немалая роль отводится так называемым оппортунистическим инфекциям, в частности вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ).

В свете вышеизложенной проблемы нам представляется интересным следующий клинический случай. Больной Д., 15 лет, обратился с жалобами на частые до 6-8 раз за 1 год эпизоды ОРЗ. Anamnesis morbi: со слов мамы больного - часто болеть мальчик начал с 13 лет, т.е. 2 года назад, когда за период осень-зима-весна переболел не менее 8 раз. Как правило, респираторное заболевание начиналось с катаральных явлений – насморка, конъюнктивита, боли в горле, нередко далее присоединялся кашель и умеренная температура. Продолжительность болезненных проявлений была около 1 недели, реже до 10 дней. В теплое время года мальчик также болел, но эпизоды ОРЗ были менее продолжительными. В качестве лечебных мероприятий использовалась симптоматическая

терапия – жаропонижающие средства, сосудосуживающие капли в нос, отхаркивающие препараты, антисептические растворы и отвары трав для полоскания горла. 2-3 раза по назначению участкового врача были использованы антибиотики внутрь в соответствующей возрастной и курсовой дозе. Последний год осень-зима-весна мальчик также много болел – не менее 6-7 раз, причем один из эпизодов ОРЗ осложнился двусторонней пневмонией, ребенок был госпитализирован в инфекционную больницу, где в течение 2 недель получал лечение – антибактериальная, дезинтоксикационная терапия и т.д.

Anamnesis vitæ: мальчик от доношенной беременности, рос и развивался соответственно возрасту. Аллергический анамнез без особенностей. Травм не было. До 13 лет практически не болел. Анализ эпидемиологического окружения в школе показал, что среди одноклассников также большая часть ребят отмечала частые повторные эпизоды ОРЗ последние 1,5-2 года, причем респираторные инфекции протекали в виде вспышек.

Status praesens: состояние пациента при обращении расценивалось как удовлетворительное. На момент обращения у больного отсутствовали проявления острой респираторной инфекции. Большой правильного телосложения, обычного питания. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык – влажный, обложен белым налетом у корня. Зев – миндалины умеренно увеличены, рыхлые, без гиперемии. Периферические лимфатические узлы – передне-шейные, подчелюстные пальпировались размером до 1,0 – 1,5 см в диаметре, числом до 2-3 в каждой группе эластической консистенции, подвижные, не спаянные, безболезненные. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов не было. Сердце – тоны ясные, ритм правильный 78 в минуту. Артериальное давление 105/65 мм рт. ст. Живот обычной формы, симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпировалась у края реберной дуги. Селезенка не пальпировалась. Симптом поколачивания – был отрицательным с обеих сторон. Мочеиспускание было свободным и безболезненным. Большой был обследован – общий анализ крови (ОАК) (Эр-3,9x10¹²/л, Нв-118Гл; цветной показатель-0,9; лейкоциты-7,0x10⁹/л, нейтрофилы: палочкоядерные – 1%; сегментоядерные - 63%; лимфоциты - 30%; моноциты-6%; СОЭ – 11 мм/час). Биохимический анализ крови – АлАТ-0,64 ммоль/л, АсАТ-0,13 ммоль/л, общий белок – 64 Гл, билирубин общий – 15,0 мкмоль/л, сахар – 4,7 ммоль/л. Также было решено провести комплексное обследование с целью исключения оппортунистических инфекций. Присутствие ВЭБ в организме устанавливали методом иммуноферментного анализа, с определением антител к вирусному капсидному антигену (анти VCA IgM), антител к раннему (анти EBNA IgG), и нуклеарному (анти EBNA IgG) антигенам. Все антитела присутствовали в сыворотке крови, причем антиEBNA IgG в высоком титре – 2,896, анти EBNA IgG – 1,200, анти VCA IgM – 0,680. Наличие антител к ВЭБ, причем в высоком титре позволяет рассматривать

данное состояние как позднюю первичную инфекцию или реактивацию вируса. Антитела к цитомегаловирусу не были обнаружены, антитела к вирусу простого герпеса были обнаружены в низком титре.

Рецидивирование ОРЗ было рассмотрено в прямой взаимосвязи с активностью вируса Эпштейна-Барр и было назначено соответствующее лечение: был рекомендован рациональный режим учебных нагрузок и отдыха на фоне сбалансированного и соответствующего возрасту питания. Из противовирусных препаратов был назначен валтрекс в дозе 500 мг – 2 раза в сутки, курсом 10 дней. Также был назначен препарат интерферона - виферон по 3 миллиона - 1 раз в сутки 10 дней ежедневно, затем по прерывистой схеме 3 раза в неделю (10 недель), иммуномодулятор - бронхо-мунал по 7мг – 10 дней – курсом, далее с перерывом по 20 дней и 2 повторных курса. Кроме того, пациент получал мультивитаминное средство - мульти-табс иммuno плюс по 1 таблетке – 1 раз – месяц.

Наблюдение в катамнезе через 3, 6 месяцев и 1 год – частота эпизодов ОРЗ снизилась до 2-3 за период наблюдения, причем только в период сезонных эпидемиологических подъемов. Повторное исследование сыворотки крови на антитела к ВЭБ - анти EBNA IgG в титре – 0,486, анти EBV IgG –0,046 - отр, анти VCA IgM – 0,136 - отр.

Разборданного клинического случая четко показывает

взаимосвязь рецидивирования ОРЗ и активной персистенции ВЭБ, причем внедрение вируса произошло без яркой клинической манифестации в виде инфекционного мононуклеоза и, вероятно, протекало подобно банальной респираторной инфекции. Использование в терапии противовирусного препарата валтрекса показало его однозначную эффективность в отношении этого вируса. Назначение иммуномодулятора - бронхо-мунала, препарата интерферона, мультивитаминного препарата представляется нам вполне оправданным, ввиду известного свойства оппортунистических инфекций изменять иммунный ответ, формируя иммунокомпрометированность у пациента.

Литература

1. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения. *Consilium Medicum. Педиатрия.* Т.6, 2004, №3.
2. Ярцев М.Н., К.П. Яковлева К.П., Плахтиенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети. *Consilium Medicum. Педиатрия.* Т. 8, 2006, №1.
3. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. *Пособие для врачей.* М., 2003.
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. В кн.: Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Саратов, 1986. – 45с.