

УДК 616.523-022.7-053.34
DOI: 10.26435/UC.V012(39).710

О.А. Курышева, В.А. Мельник

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 6 ТИПА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Внутриутробная инфекция (ВУИ) является одной из важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии [1]. У большинства детей, умерших в детском возрасте от различных причин, фоновым заболеванием была внутриутробная инфекция и связанное с ней иммунодефицитное состояние. По данным разных авторов [1, 2], ВУИ развивается у 27,4 - 36,6% детей, рожденных у матерей группы высокого инфекционного риска, а в структуре смертности новорожденных инфекционная патология занимает 1-3 места. Заболевания, вызываемые вирусами семейства герпесов, принадлежат к числу социально значимых, что определяется не только широким распространением герпесвирусной инфекции, но и разнообразием ее клинических проявлений, вплоть до летальных форм [3]. Проявления герпесвирусной инфекции носят циклический характер: вслед за фазой первичной инфекции наступают периоды латентной инфекции и реактивации. Длительность периодов латентности и выраженность клинических симптомов при реактивации инфекции зависят от возможностей иммунной системы организма контролировать активность репликации вируса. Кроме того, все герпесвирусы, в том числе и вирус герпеса 6 типа (ВГ-6), имеют выраженное иммуносупрессивное действие, подавляют клеточные и гуморальные реакции иммунитета [4]. Публикации последних лет [1,4,5] свидетельствуют о том, что этиологическим фактором лихорадки новорожденного с судорожным синдромом, инфекционного мононуклеоза, энцефалита является ВГ-6. В настоящее время выделяют два варианта: ВГ-6А и ВГ-6В, которые различаются по эпидемиологии, свойствам роста, последовательности нуклеотидов. У большинства здоровых взрослых и детей выявляется ВГ-6В [3]. Считается доказанным участие ВГЧ-6В в развитии не связанного с вирусом Эбштейн-Барра (ВЭБ) инфекционного мононуклеоза (мононуклеозоподобный синдром), лихорадочных заболеваний с генерализованной лимфоаденопатией, внезапной эк-

зантемы [5]. Доказано значение ВГ-6 в развитии лимфопролиферативных поражений с моноклональной пролиферацией В-клеток. Выявлена причастность ВГ-6 к развитию острых гепатитов у взрослых и детей, в том числе и злокачественных форм заболевания с фульминантным течением и гибелью ребенка через неделю после появления первых симптомов [2, 3].

In vitro наиболее активную репликацию вирусов наблюдают в Т-клетках. ВГ-6 селективно тропен к CD4-Т клеткам, но также способен поражать Т-клетки с детерминантами CD3, CD5, CD7 и CD8 [1]. Кроме этого, он может размножаться в моноцитах, макрофагах, естественных киллерах, астроцитах, мегакариоцитах, эмбриональных глиальных клетках и В-лимфоцитах, инфицированных ВЭБ [2, 3]. In vivo ВГ-6 типа выделяют из многих органов и тканей (лимфатические узлы, эпителий канальцев почек, слюнные железы, мононуклеары периферической крови, а также клетки ЦНС) [5].

В последние годы [1, 4, 5] в отдельных работах высказывается предположение, что ВГ-6 является этиологическим агентом молниеносной экзантемы детей, лихорадки новорожденных с судорожным синдромом, инфекционного мононуклеоза. Основными клиническими формами первичной инфекции являются внезапная экзантема (розеола) и лихорадка без сыпи. Первичная ВГ-6 инфекция часто начинается с фебрильных судорог. Примерно треть всех фебрильных судорог у детей связана с ВГ-6-инфекцией [1]. Судороги при ВГ-6 инфекции отличаются более тяжелым течением, могут быть фокальными, продолжительными, повторными и являются факторами риска для последующего развития эпилепсии. Острая лихорадочная форма (лихорадка без сыпи) - одна из форм первичной ВГ-6-инфекции. Также инфекция, вызванная ВГ-6, может протекать и без повышения температу-

ры, вызывая раздражительность, насморк, жидкий стул [2,4]. Среди других проявлений первичной ВГ-6-инфекции следует отметить менингоэнцефалиты различной степени тяжести, клинически схожие с герпетическими, фульминантные гепатиты, синдром мононуклеоза, пневмонию, миокардит, идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру и другие заболевания.

Приводим случай наблюдения пациента с герпесвирусной инфекцией 6 типа на основании изучения истории болезни и амбулаторной карты пациента.

Мальчик М., 28 дней, находился в педиатрическом отделении ГБУ «ГДКБ № 1 г. Донецка» в марте 2021 года. При поступлении жалобы на желтушное окрашивание кожных покровов, беспокойство, тремор подбородка и конечностей.

Желтушность кожных покровов мать ребенка заметила за неделю до поступления в стационар. Амбулаторно проведено исследование клинического анализа крови, выявлена анемия легкой степени тяжести (эритроциты – 3,11 Т/л, гемоглобин – 102 г/л), лимфоцитоз (60,7%). В биохимическом анализе крови выявлена гипербилирубинемия (общий билирубин – 81,25 мкмоль/л, прямой – 14,41 мкмоль/л).

Мальчик от III беременности (1-я беременность закончилась самопроизвольным абортom в 2013 году в сроке 5 недель; 2-я беременность – поздний аборт в сроке 16 недель в 2015 году), протекавшей с угрозой прерывания в 7, 14 недель, отягощенным соматическим анамнезом (хронический пиелонефрит, хронический гастродуоденит), отягощенным гинекологическим анамнезом (лейомиома матки). У матери в анамнезе перенесенный токсоплазмоз, получала лечение.

Роды I, преждевременные (срок гестации – 35-36 недель), патологические, тазовое предлежание плода, кесарево сечение в нижнем сегменте.

Масса тела при рождении – 2600 граммов.

Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Состояние после рождения расценивалось как удовлетворительное. С рождения ребенок находился на искусственном вскармливании.

На момент поступления в клинику общее состояние ребенка средней степени тяжести, тяжесть обусловлена патологической неврологической симптоматикой, морфо-функциональной незрелостью на фоне недоношенности. Температура тела – 36,5оС, частота сердечных сокращений – 158 в минуту, частота дыханий – 54 в минуту. Масса тела при поступлении – 3700 граммов. Мальчик находится на искусственном вскармливании, съедает по 90 мл адаптированной смеси «Friso Gold» 8 раз в сутки, сосет активно, периодически срыгивает небольшим объемом. В весе прибавляет избыточно. За первый месяц прибавил 1000 граммов. Спонтанная двигательная активность достаточная. Большой родничок 3,0х3,0 см, на уровне костей черепа, не напряжен. Кожные покровы

бледные, элементы папулезной сыпи на лице, отмечается желтушное окрашивание в зоне Крамера I, цианоз носогубного треугольника при нагрузке, «мраморный» рисунок кожи. На волосистой части головы пигментный невус. Тургор тканей, эластичность кожи удовлетворительные, видимых отеков нет. Видимые слизистые чистые, влажные, определяется субиктеричность склер. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Мышечный тонус дистоничен, отмечается тремор подбородка при крике, периодически тремор конечностей. Дыхание через нос свободное. Над легкими перкуторно ясный легочной звук. При аускультации дыхание пуэрильное. Хрипы отсутствуют. Одышка отсутствует. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, деятельность сердца ритмичная, систолический шум вдоль левого края грудины. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перистальтика активная. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, желтый, с комочками, со склонностью к запорам. Мочевыделение не нарушено.

Ребенок обследован в клинике. В динамике в клинических анализах крови выявлялась анемия средней и тяжелой степени тяжести, лимфоцитоз, тромбоцитоз, повышение уровня СОЭ. В биохимическом анализе крови отмечалась гипербилирубинемия, повышение уровня трансаминаз, гипопропротеинемия. Уровень сывороточного железа находился в пределах возрастной нормы – 24,1 мкмоль/л (7,2-30 мкмоль/л). Исследован уровень ферритина, данный показатель составил 1052 нг/мл (норма – 28-365 нг/мл). При исследовании уровня эритропоэтина выявлена возрастная норма данного показателя – 12,4 мМЕ/мл (норма – 4,3-29 мМЕ/мл).

Определена группа крови ребенка: АВ (IV) четвертая Rh (+) положительная, группа крови матери – O(I) первая Rh (+) положительная.

При исследовании крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) качественным методом обнаружен геном Human herpes virus, 6 тип. Citomegalovirus, Herpes simplex virus 1,2, Toxoplasma gondii, Epstein-Barr virus не обнаружены. Исследование крови количественным методом ПЦР позволило обнаружить ДНК Human herpes virus, 6 тип в количестве 3,8 копий/мл (норма – 0-1,8 копий/мл). Методом иммуноферментного анализа выявлены Ig G к Human herpes virus, 6 тип – 1,65 (норма менее 0,8). Проведены иммунологические исследования, получены следующие результаты: уровень общего Ig A составил 0,25 г/л (норма – 0,2-0,9 г/л), общий Ig M – 0,18 г/л (норма – 0,2-0,15 г/л), общий Ig G – 2,9 г/л (норма – 2-12,4 г/л).

Согласно данным проведенного электрокардиографического исследования, у пациента регистрировалась частота сердечных сокращений 150 ударов в минуту, вертикальное положение электрической оси

сердца, усиление электрической активности правого желудочка. Проведенное эхокардиографическое исследование сердца позволило выявить открытое овальное окно, аберрантную хорду в полости левого желудочка.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) почек выявлена нормальная эхокартина почек, надпочечников. По данным УЗИ органов брюшной полости, у ребенка определялась нормальная эхокартина печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, метеризм. При проведении нейросонографического исследования зарегистрированы эхопризнаки ускорения кровотока по правой мозговой артерии, повышение индекса резистентности, нормальная эхоструктура головного мозга. Согласно данным УЗИ вилочковой железы, у обследуемого пациента выявлена нормальная эхокартина вилочковой железы.

Пациенту проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, получены следующие результаты: легочные поля без патологических теней, легочный рисунок несколько усилен за счет сосудистого компонента, корни частично перекрыты тенью сердца, синусы свободны, тень сердца в поперечнике расширена за счет левых отделов.

Ребенок консультирован неврологом, выявлен синдром повышенной нейро-рефлекторной возбудимости. По результатам консультации ЛОР-врача и окулиста, патологии не выявлено. Проведена консультация детского инфекциониста, установлен диагноз: Врожденная герпесвирусная инфекция 6 типа, активная фаза, гематологическая форма (анемия), гепатопатия на фоне отягощенного материнского и акушерского анамнеза, преморбидного фона ребенка. Даны рекомендации в плане дальнейшего обследо-

вания, рекомендовано включить в терапию «Виферон» по схеме. Ребенок осмотрен детским иммунологом, гематологом, установлена герпесвирусная инфекция 6 типа, ранняя анемия недоношенных, даны рекомендации.

На основании проведенных исследований установлен клинический диагноз: Врожденная герпесвирусная инфекция 6 типа, активная фаза, гематологическая форма (анемия тяжелой степени тяжести). Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром повышенной нейро-рефлекторной возбудимости, ранний восстановительный период. Недоношенность (срок гестации – 35-36 недель). Диспластическая кардиопатия (аберрантная хорда в полости левого желудочка). Открытое овальное окно. Пищевая аллергия. Функциональный запор. Пигментный невус волосистой части головы.

В отделении ребенок получал: трансфузию эритроцитарной массы, фолиевую кислоту, витамин Е, «Глицин», «Галстену», «Премакидс», «Актиферрин», «Фенистил», «Виферон».

ВЫВОДЫ

Таким образом, диагноз установлен на основании клинической картины (анемия тяжелой степени тяжести, гепатопатия) и подтвержден выявлением генома ВГ-6 и определением Ig G в крови пациента. В комплекс обследования детей раннего возраста с различной патологией необходимо включать выявление активных форм герпесвирусной инфекции 6 типа для своевременного назначения этиотропной терапии и выработки тактики ведения пациента.

О.А. Курьшева, В.А. Мельник

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 6 ТИПА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

В статье представлены результаты собственно наблюдения клинического случая герпесвирусной инфекции 6 типа у новорожденного ребенка. Диагноз установлен на основании клинической картины (анемия тяжелой степени тяжести, гепатопатия) и подтвержден выявлением генома вируса герпеса 6 типа и определением Ig G в крови пациента. В комплекс об-

следования детей раннего возраста с различной патологией необходимо включать выявление активных форм герпесвирусной инфекции 6 типа для своевременного назначения этиотропной терапии и выбора тактики ведения пациента.

Ключевые слова: ребенок, герпесвирус, иммунодефицит.

O.A. Kuryшева, V.A. Melnik

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

CLINICAL CASE OF CONGENITAL HERPESVIRAL INFECTION TYPE 6 IN A NEWBORN CHILD

The article presents the results of our own observation of a clinical case of herpesvirus type 6 infection in a newborn child. The diagnosis was established on the basis of the clinical picture (severe anemia, hepatopathy) and was confirmed by the detection of the genome of the herpes simplex virus type 6 and the determination of Ig G in the patient's blood. In the complex of examination

of young children with various pathologies, it is necessary to add the identification of active forms of herpesvirus infection of type 6 for the timely appointment of etiotropic therapy and the development of tactics for monitoring the patient.

Key words: child, herpesvirus, immunodeficiency.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова Н.Ю., Молочкова О.В., Гусева Л.Н. и соавт. Активная герпесвирусная инфекция у детей раннего возраста. *Детские инфекции*. 2018; 17 (4): 22-28.
2. Послова Л.Ю., Ковалишена О.В. Проблема диагностики внутриутробных инфекций. *Медицинский альманах*. 2016; 3 (43): 57-61.
3. Демидова М.В., Кравченко Л.В., Левкович М.А. и соавт. Современное состояние проблемы герпесвирусной инфекции 6 типа у детей. *Детские инфекции*. 2013; 13: 20-23.
4. Савенкова М.С., Вашура Л.В., Абдулаев А.К. и соавт. Значение герпесвирусных инфекций у детей. *Педиатрия*. 2016; 95 (2): 134-141.
5. Харламова Ф.С., Егорова Н.Ю., Шамшева О.В. и соавт. Роль герпесвирусной инфекции IV, V и VI типов в инфекционной и соматической патологии у детей. *Педиатрия*. 2017; 96 (4): 42-47.

REFERENCES

1. Egorova N.Yu., Molochkova O.V., Guseva L.N. i soavt. Aktivnaya herpesvirusnaya infekciya u detej rannego vozrasta [Active herpesvirus infection in young children]. *Detskie infekcii*. 2018; 17 (4): 22-28 (in Russian).
2. Poslova L.Yu., Kovalishena O.V. Problema diagnostiki vnutriutrobnny`x infekcij [The problem of diagnostics of intrauterine infections]. *Medicinskij al`manax*. 2016; 3 (43): 57-61 (in Russian).
3. Demidova M.V., Kravchenko L.V., Levkovich M.A. i soavt. Sovremennoe sostoyanie problemy` herpesvirusnoj infekcii 6 tipa u detej [Current state of the problem of herpesvirus type 6 infection in children]. *Detskie infekcii*. 2013; 13: 20-23 (in Russian).
4. Savenkova M.S., Vashura L.V., Abdulaev A.K. i soavt. Znachenie herpesvirusny`x infekcij u detej [The importance of herpesvirus infections in children]. *Pediatriya*. 2016; 95 (2): 134-141 (in Russian).
5. Xarlamova F.S., Egorova N.Yu., Shamsheva O.V. i soavt. Rol` herpesvirusnoj infekcii IV, V i VI tipov v infekcionnoj i somaticheskoy patologii u detej [The role of herpesvirus infection types IV, V and VI in infectious and somatic pathology in children]. *Pediatriya*. 2017; 96 (4): 42-47 (in Russian).