

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.523+616.914

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ:
ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ + ВЕТРЯНАЯ ОСПА**Т. М. Мироненко², Е. Л. Красавцев¹, М. Э. Терешкова²¹Гомельский государственный медицинский университет,
²Гомельская областная инфекционная клиническая больница

В статье описан случай сочетанной инфекции: инфекционный мононуклеоз + ветряная оспа, который развился у больного, госпитализированного в Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу. Данный случай встречается редко и представляет трудности в лечении.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа, сочетанная инфекция, клинический случай.

**CLINICAL CASE OF COMBINED INFECTION:
MONONUCLEOSIS INFECTIONOSA + CHICKEN POX**Т. М. Mironenka², Е. L. Krasavtsev¹, М. E. Tereshkova²¹Gomel State Medical University,
²Gomel regional infectious clinical hospital

In article the case of combined infections is described: mononucleosis infectiosa + chicken pox which has developed at the patient hospitalized in the Gomel regional infectious clinical hospital. The following case meets seldom and represents difficulties in treatment.

Key words: mononucleosis infectiosa, chicken pox, combined infection, a clinical case.

Инфекционные болезни, вызванные одновременно несколькими видами микроорганизмов (микробные ассоциации), получили название сочетанных, или микстинфекций. Воздействие на организм человека двух и более возбудителей является сложным и неоднозначным процессом и никогда не исчерпывается простым суммированием эффектов отдельных представителей микробных ассоциаций [1].

Инфекционный мононуклеоз — острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями гемограммы. Инфекционный мононуклеоз — болезнь преимущественно молодого возраста. Чаще болеют дети в возрасте до 10 лет, а также подростки, юноши и молодые взрослые люди. После 35–40 лет встречается как исключение [2].

Ветряная оспа — острая инфекционная вирусная болезнь, передающаяся воздушно-капельным путем, проявляющаяся макулопапулезно-везикулярной сыпью на коже, повышением температуры, интоксикацией. Восприимчивый контингент — люди любого возраста, не имеющие иммунитета к возбудителю. Абсолютное большинство случаев заболевания наблюдается среди детей: 80% переносят ветрянку до 7 лет. Остальные (как правило, не посещавшие детские дошкольные учреждения) заболевают в школьные годы. У взрослых ветряная

оспа встречается редко. Назначение глюкокортикоидов при ветряной оспе не показано в связи с их иммуносупрессивным действием, что может привести к бактериальным осложнениям [3].

В Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу в 1-е диагностическое отделение 20.11.2007 поступил больной Л., 17 лет, с диагнозом направившего учреждения: «Инфекционный мононуклеоз. Ветряная оспа».

При поступлении больной предъявлял жалобы на боль в горле, сыпь на туловище и руках в виде пузырьков, заложенность носа, повышение температуры тела до 39°C, слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что заболел 6 дней назад, когда появилась боль в горле, к вечеру того же дня повысилась температура тела до 39°C, ночью из-за заложенности носа испытывал затруднения при дыхании, в течение этих дней температура тела утром была около 37°C, а к вечеру повышалась до 39°C; со слов матери, ночью стал храпеть; затем через 3 дня появилась сыпь в виде пузырьков на волосистой части головы, на туловище и конечностях в виде единичных элементов, затем с каждым днем стали появляться новые элементы сыпи, моча стала темно-желтого цвета. Из эпидемиологического анамнеза удалось выяснить, что накануне заболевания имелся контакт с больной ветряной оспой девочкой, у которой появилась сыпь в виде пузырьков на день раньше до появления сыпи у больного.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, температура тела 38°C. Кожные покровы желтушные, на туловище, руках, ногах, волосистой части головы сыпь в виде пузырьков, папул. Склеры субиктеричные. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, передние небные дужки гиперемированы, миндалины гиперплазированы до 3–4 степени, рыхлые, покрыты гнойным налетом в виде островков. Лимфатические узлы (шейные, подчелюстные) увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 3 см, край эластичный, безболезненный. Селезенка увеличена на 2 см. Стул один раз в сутки, коричневого цвета, оформленный, примесей нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча цвета «пива». Менингеальные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови от 22.11.2007 г.: эритроциты — $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 156 г/л, лейкоциты — $16,4 \times 10^9$ /л, палочки — 2%, сегменты — 29%, лимфоциты — 68%, моноциты — 1%, атипичные мононуклеары — 32%, СОЭ — 14 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 21.11.2007 г.: билирубин общий — 103,23 мкмоль/л, прямой билирубин — 86,18 мкмоль/л, непрямого билирубин — 17,08 мкмоль/л, АЛАТ — 4,36 мкат/л, АСАТ — 0,45 мкат/л, тимоловая проба — 13,1 S-N единиц, мочевины — 3,4 ммоль/л, глюкоза — 5,3 ммоль/л, α -амилаза — 20,4 г/ч.л.

ПЦР крови на ДНК вируса Эпштейн-Барр от 21.11.2007 г.: ДНК вируса Эпштейн-Барр обнаружена.

ИФА на сифилис от 21.11.2007 г.: отрицательный. ИФА на ВИЧ от 23.11.2007 г.: отрицательный.

Общий анализ мочи от 21.11.2007 г.: темно-желтого цвета, плотность — 1017, белок — отрицательный, сахар — отрицательный, слабо-мутная, желчные пигменты ++, уробилин ++, лейкоциты — 1–2 в поле зрения.

Мазок из зева на дифтерию от 21.11.2007 г.: отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости от 27.11.2007 г. Заключение: гепатоспленомегалия.

Рентгенография органов грудной клетки от 22.11.2007: без патологии.

Больному было назначено следующее лечение: парацетамол, лоратадин, ацикловир, ципрофлоксацин, цефотаксим, метронидазол, обработка полости рта метиленовым синим, обработка сыпи бриллиантовым зеленым, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации.

23.11.2007 г. тяжелое состояние больного сохраняется, температура тела повышается до 39°C к вечеру (температурная кривая носит гектический характер), новых элементов сыпи нет, налеты на

миндалины грязно-серого цвета, полностью стали их покрывать; лимфатические узлы (передние шейные) в виде пакетов, болезненные при пальпации. Печень при пальпации +3 см, край плотный, селезенка +2 см. Моча цвета «пива». Учитывая тяжесть интоксикации, отсутствие новых элементов сыпи в течение последних 5 дней, отсутствие эффекта от проводимой терапии, больному было назначено: преднизолон внутривенно капельно в дозе 90 мг в течение 3 дней, затем 2 дня в дозе 60 мг.

Через два дня больному стало значительно легче. Температура стала субфебрильной, боль в горле уменьшилась, миндалины стали очищаться.

Общий анализ крови от 27.11.2007 г.: эритроциты — $5,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 170 г/л, лейкоциты — $10,7 \times 10^9$ /л, палочки — 6%, сегменты — 40%, лимфоциты — 52%, моноциты — 2%, СОЭ — 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 27.11.2007 г.: билирубин общий — 34,1 мкмоль/л, прямой билирубин — 5,68 мкмоль/л, непрямого билирубин — 28,42 мкмоль/л, АЛАТ — 2,15 мкат/л (норма до 0,7), АСАТ — 0,08 мкат/л, тимоловая проба — 14,9 S-N единиц, мочевины — 6,4 ммоль/л, глюкоза — 5,5 ммоль/л, α -амилаза — 24 г/ч.л.

30.11.2007 г. состояние больного удовлетворительное, температура тела нормализовалась, лимфатические узлы уменьшились до 0,5 см, безболезненны. Кожные покровы бледно-розовые, корочки на туловище, руках; склеры обычной окраски, миндалины 2 степени, рыхлые, налетов нет, гиперемия передних небных дужек. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,8 см, край эластичный, безболезненный. Селезенка +2 см. Стул один раз в сутки, коричневого цвета, оформленный, примесей нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светло-желтого цвета. Менингеальные симптомы отрицательные.

Больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, были даны рекомендации по ведению на амбулаторном этапе.

Рассматриваемый случай представляет интерес как редкое сочетание двух инфекционных заболеваний — инфекционного мононуклеоза и ветряной оспы. Из-за яркой (типичной) клинической картины диагностика этих заболеваний для врачей не вызвала затруднений, но доставило затруднения в лечении, что связано с назначением глюкокортикостероидов, которые показаны при тяжелой форме инфекционного мононуклеоза и противопоказаны при ветряной оспе. Мы считаем оправданным назначение глюкокортикостероидов в подобных случаях при тяжелом течении инфекционного мононуклеоза, при отсутствии новых подсыпаний при ветряной оспе.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. — 6-е изд. — М.: Медицина, 2005. — 683 с.

2. Постовит, В. А. Инфекционные болезни / В. А. Постовит. — СПб.: СОТИС, 1997. — 502 с.

3. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей / В. Ф. Покровский [и др.]. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 400 с.

Поступила 14.03.2008

УДК 616-006.3631.382.1-003.215

**ЛЕЙОМИОСАРКОМА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА,
ОСЛОЖНЕННАЯ ВНУТРИБРЮШНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

**О. В. Чилиевич¹, В. И. Гавриченко¹, А. К. Бордухаев¹,
И. В. Михайлов², О. В. Аль-Яхири², В. Н. Беляковский²**

¹Брестская городская больница скорой медицинской помощи

²Гомельский государственный медицинский университет

Представлен клинический случай редко встречающейся (в литературе нам удалось обнаружить данные лишь о 51 случае) лейомиосаркомы большого сальника, осложненной внутрибрюшным кровотечением. Опухоль около 13 см в диаметре удалена при срочной операции, при сроке наблюдения более 2 лет больной здоров, без признаков рецидива заболевания.

Ключевые слова: большой сальник, лейомиосаркома, внутрибрюшное кровотечение.

**PRIMARY LEIOMYOSARCOMA
OF THE OMENTUM COMPLICATED INTRAPERITONIAL BLEEDING**

**V. N. Beliakovski², O. V. Chilievich¹, V. I. Gavrichenko¹,
A. K. Bordukhaev¹, I. V. Mikhailov², O. V. Al-Yahiri²**

¹Brest City Hospital of Medical First-aid

²Gomel State Medical University

The clinical case of rarely meeting (in literature we succeeded find out information only about a 51 case) leiomyosarcoma of omentum, complicated the interapeitonal bleeding is presented. Tumour about 13cm in a diameter remote during an urgent operation, at the term of supervision more than 2 years, patient is healthy, without the signs of recurrence disease.

Key words: omentum, leiomyosarcoma, intraperitoneal bleeding.

Лейомиосаркома относится к группе мезодермальных злокачественных опухолей, развивающихся из гладкой мышечной ткани. Лейомиосаркома мягких тканей чаще локализуется на конечностях, в клетчатке забрюшинного пространства [1]. Органные поражения возникают преимущественно в матке, органах желудочно-кишечного тракта. Описаны единичные наблюдения лейомиосаркомы большого сальника, первичные опухоли которого, в отличие от его метастатического поражения, встречаются очень редко [2]. Лейомиосаркому необходимо дифференцировать со стромальными опухолями желудочно-кишечного тракта, а также с рабдомиосаркомой, злокачественной гемангиоэндотелиомой, гемангиоперицитомой, лимфангиомой и актиномикозом [3, 4, 5]. Лейомиосаркома характеризуется низкой чувствительностью к химиотерапии и лучевой терапии, единственным методом ее радикального лечения является хирургический [6].

Приводим наше наблюдение. Больной К., 53 лет, поступил в I хирургическое отделение

Брестской городской больницы скорой медицинской помощи 09.12.2004 года в связи с болями в животе, тошнотой, общей слабостью. Данные жалобы появились внезапно, 3 дня назад, после погрешности в диете, была однократная рвота. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс — 88 в минуту, ритмичный, АД — 130/80 мм рт. ст., в легких везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в мезогастррии и левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет, пристальтика удовлетворительная. Имеется подкожная гематома левой половины мошонки. При общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 27 мм/ч, другие показатели — без отклонений (гемоглобин — 128 г/л); при общем анализе мочи — протеинурия (0,124 г/л), положительная реакция на ацетон; при биохимическом исследовании крови — умеренная гипергликемия (8,0 ммоль/л), повышение уровня общего билирубина до 40,0 ммоль/л. При УЗИ