

*Ладутько А. О.*  
**СЛУЧАЙ ЭНЦЕФАЛИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕРПЕСА  
ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА, У РЕБЕНКА**

*Научный руководитель: ассист. Дивакова Е. В.  
Кафедра детских инфекционных болезней  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6) является актуальной проблемой в современной педиатрии. Клинические проявления имеют значительный полиморфизм в зависимости от характера течения инфекции.

Приводим наблюдение случая энцефалита, вызванного ВГЧ-6, у 11-летнего мальчика. В феврале 2016 г. у ребенка был отмечен эпизод четырехдневной фебрильной лихорадки без катаральных явлений, эпизодические жалобы на двоение в глазах и невозможность читать, симптоматика самостоятельно регрессировала в течение 3-4 дней. С 10.03.2016 г. по 18.03.2016 г. мальчик находился на стационарном лечении по поводу ОРИ, с 22.03.2016 г. (катался на велосипеде) вновь появилось двоение в глазах.

28.03.2016 г. с подозрением на опухоль ствола головного мозга ребенок был госпитализирован в РНПЦ Неврологии и нейрохирургии с жалобами на двоение при взгляде вдаль, изменение походки, снижение аппетита. При неврологическом осмотре выявлен парез правого отводящего нерва, сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вверх, вправо и вниз, горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Имелась легкая сглаженность правой носогубной складки, легкая девиация языка вправо. Снижен рефлекс ахиллова сухожилия справа. Брюшные рефлексы значительно снижены, хуже вызываются справа. Пальценосовую пробу ребенок выполнял с интенцией и легкой дисметрией справа, пяточно-коленную – также с дисметрией и тремором. В позе Ромберга слегка пошатывался. По данным МРТ головного мозга (29.03.2016 г.) описан единичный очаг демиелинизации в области варолиевого моста, размером 7х6 мм. Ликворологические данные не имели специфических изменений. На основании клинических и лабораторных данных, выставлен диагноз «Демиелинизирующее заболевание ЦНС». Терапия метилпреднизолоном проводилась в течение 2-х суток и была прервана, так как 02.04.2016 г. мальчик был прооперирован по поводу флегмонозного аппендицита в РНПЦ детской хирургии.

На основании обнаружения ДНК ВГЧ-6 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в ликворе, сыворотке крови и лейкоцитах, а также антител класса IgG в титре 1:200 к ВГЧ-6 методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови (02.04.2016 г.), был выставлен клинический диагноз «Энцефалит, вызванный ВГЧ-6 с выраженными глазодвигательными и умеренно выраженными координаторными нарушениями».

07.04.2016 г. проведено МРТ-исследование грудного отдела спинного мозга, патологических изменений не выявлено. К этому времени неврологический дефицит в виде глазодвигательных нарушений регрессировал самостоятельно. Двоение мальчик отрицал. Имелась незначительная асимметрия глазных щелей. Сохранялась легкая сглаженность правой носогубной складки, легкая девиация языка вправо, немного снижен глоточный рефлекс. Брюшные рефлексы – снижены. Пальценосовую пробу выполнял с интенцией и легкой дисметрией справа, при выполнении пяточно-коленной пробы сохранялось легкое интенционное дрожание, более выраженное слева. Ребенок путал счет пальцев на левой ноге, направление движения определял правильно. Отмечена легкая слабость задних мышц бедра левой ноги. В позе Ромберга – небольшое пошатывание.

Назначенная этиотропная терапия ганцикловиром в течение 21 суток привела к полному регрессу неврологической симптоматики. Методом МРТ головного мозга обнаружены проявления очагового глиоза в проекции ствола мозга справа. ДНК ВГЧ-6 методом ПЦР в ликворе и сыворотке не обнаружена.

Данный случай демонстрирует необходимость дифференциальной диагностики демиелинизирующего заболевания ЦНС и энцефалитов инфекционной этиологии, а также эффективность терапии ганцикловиром острой ВГЧ-6 инфекции.