

УДК 616/9-022-07:616.36-053.2(045)
© Коллектив авторов, 2012

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Терешин В.А., Соцкая Я.А., Круглова О.В., Юган Я.Л.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Вступление. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) в современных условиях – достаточно широко распространенное инфекционное заболевание, поражающее преимущественно детей, подростков и взрослых лиц молодого возраста [9, 11]. Для повышения информированности врачей амбулаторно-поликлинического звена, дерматологов и врачей других медицинских специальностей, включая представителей семейной медицины, следует усилить информационно-просветительную деятельность относительно данного заболевания, тщательное знакомство с современной классификацией болезни, эффективными подходами к лечению, реабилитации и профилактики ИМ.

Целью настоящего исследования было выявление современных клинических и эпидемиологических особенностей течения ИМ по материалам инфекционных отделений Луганской городской клинической многопрофильной больницы №4.

Материалы и методы исследования. В ходе настоящего исследования под нашим наблюдением было 162 пациента, проходивших стационарное лечение на протяжении 2001-2012 годов в инфекционном отделении №2 Луганской городской клинической многопрофильной больницы №4 с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз» (МКБ-10 – В 27).

Таблица 1. Половая характеристика наблюдавшихся больных.

Год поступления	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Женщины	1	5	-	3	7	5	6	7	3	3	9	4
Мужчины	1	15	9	5	9	8	7	18	12	8	12	8

Среди больных было 53 женщины (32,7%) и 109 мужчин (67,3%), то есть лиц мужского пола на стационарном лечении находилось почти на 35% больше.

Возрастная характеристика контингента наблюдавшихся пациентов представлена в нижеследующей таблице.

Таблица 2. Возрастная характеристика наблюдавшихся больных

Год поступления	Возраст больных ИМ				
	16-20	21-25	26-30	31-40	> 40
2001	1	1	-	-	-
2002	14	5	1	-	-
2003	4	4	1	-	-
2004	7	-	-	1	-
2005	7	7	1	-	1
2006	10	1	-	2	-
2007	6	2	3	-	2
2008	11	6	3	4	1
2009	8	4	2	1	-
2010	2	7	1	1	-
2011	8	9	2	1	1
2012	4	3	1	1	-
Всего	82(50,6%)	49(30,2%)	15(9,3%)	11(6,8%)	5(3,1%)

Из таблицы 2 отчетливо видно уменьшение количества регистрируемых случаев ИМ с увеличением возраста пациентов. Наиболее часто заболевание встречалось у лиц 16-20 лет – 82 человека (50,6%) и 21-25 лет – 49 человек (30,2%), что составляет суммарно 131 человека (80,8%). У лиц 26-30 лет заболевание встречалось в 15 случаях (9,3%), 31-40 лет – в 11 случаях (6,8%), старше 40 лет – в 5 случаях (3,1%), что составляет суммарно у людей старше 25 лет 31 случай заболевания ИМ (19,2%).

Полученные результаты и их анализ. В

условиях специализированного инфекционного отделения для госпитализации больных ангины за 22 лет (1990-2012) частота диагностированных случаев ИМ составляет от 8 до 12% от всех госпитализированных пациентов с синдромом ангины, причем за последние 5 лет отмечена четкая тенденция к повышению их количества. От 15-18% до 20-22% среди госпитализированных больных с диагнозом ИМ составляют тяжелые формы, заболевания которые протекают с высокой лихорадкой, лакунарной или язвенно-некротической ангиной, выраженным увеличением и болезненностью

большинства групп периферических лимфоузлов, нередко с явлениями периаденита, четким клинико-биохимическим синдромом поражения печени, значительной спленомегалией, высоким лейкоцитозом (до $25 \cdot 10^9$ /л) с преобладанием в крови мононуклеаров (50 -80%), в том числе атипичных [9, 10]. Нередко для тяжелых форм ИМ характерно также затяжное волнообразное течение с длительным сохра-

нением в периоде реконвалесценции субфебрилитета и гематологического синдрома, увеличения селезенки на фоне выраженного астенического синдрома, что снижает работоспособность больных и качество их жизни [1, 2, 9, 12].

По результатам нашего исследования больные ИМ были распределены по месяцам поступления в стационар.

Таблица 3. Помесячная заболеваемость ИМ

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Всего,%
1.Январь	-	-	-	1	1	-	1	-	1	2	3	1	10 (6,2%)
2.Февраль	-	1	1	-	-	1	-	1	2	1	5	2	14 (8,6%)
3.Март	-	7	-	-	-	-	5	-	2	-	-	5	19 (11,8%)
4.Апрель	-	3	-	2	-	-	-	4	1	1	2	1	14 (8,6%)
5.Май	-	3	-	1	1	1	2	2	3	2	2	-	17 (10,5%)
6.Июнь	-	-	-	-	2	-	1	1	-	1	2	-	7 (4,3%)
7.Июль	-	2	-	-	3	-	2	4	-	-	-	-	11 (6,8%)
8.Август	-	1	2	2	2	3	-	5	1	2	-	-	18 (11,1%)
9.Сентябрь	-	-	2	2	2	4	-	2	-	-	1	-	13 (8,0%)
10.Октябрь	-	2	1	-	4	3	1	2	3	-	3	-	19 (11,8%)
11.Ноябрь	-	-	3	-	1	1	-	1	1	1	2	-	10 (6,2%)
12.Декабрь	2	1	-	-	-	-	1	3	1	1	1	-	10 (6,2%)
Всего	2	20	9	8	16	13	13	25	15	11	21	9	162

Анализируя таблицу 3 было выявлено, что наибольшее количество больных ИМ поступило в инфекционное отделение весной – 50 человек (30,9%) и осенью – 42 человека (25,9%).

Летом поступило 36 человек (22,2%) и зимой - 34 (21,0%), следовательно, наблюдается осенне-весенняя сезонность.

Таблица 4. Сводная таблица жалоб, клинических и лабораторных данных, наблюдаемых у больных с ИМ

Признак	Абсолютное количество	% соотношение
Жалобы:		
1. Повышение температуры тела	150	92,6
2. Боль в горле	133	82,1
3. Боль в области шеи	15	9,3
4. Тяжесть в правом подреберье	9	5,6
5. Слабость	162	100
6. Увеличение лимфоузлов	23	14,2
7. Желтушность кожи и склер	10	6,2
8. Сыпь	12	7,4
Клиника:		
1. Увеличение заднешейных лимфоузлов	127	78,4
2. Увеличение подчелюстных лимфоузлов	139	85,8
3. Увеличение подмышечных лимфоузлов	70	43,2
4. Увеличение паховых лимфоузлов	26	16
5. Увеличение печени	29	17,9
6. Увеличение селезенки	49	30,2
7. Гиперемия слизистой ротоглотки	120	74,1
8. Гнойный налет на миндалинах	94	58
9. Желтушность кожи и склер	10	6,2
10. Сыпь	12	7,4
Лабораторно:		
1. Мононуклеары	162	100
2. Лейкоцитоз	49	30,2
3. Повышение СОЭ	52	32,1
4. Повышение АЛАТ	93	57,4
5. Повышение АСАТ	5	3,1
6. Повышение билирубина	26	16,2
7. Повышение тимоловой пробы	81	50

Из таблицы 4 видно, что наибольшее количество больных предъявляли жалобы на слабость (100%), повышение температуры тела (92,6%), боль в горле при глотании (82,1%). Также пациенты отмечали увеличение лимфа-

тических узлов (14,2%), боль в области шеи (9,3%), сыпь на кожных покровах (7,4%), желтушность кожи и склер (6,2%), тяжесть в правом подреберье (5,6%).

При детальном изучении общего состояния

больных были выявлены такие клинические признаки: увеличение подчелюстных лимфоузлов (85,8%), заднешейных лимфоузлов (78,4%), подмышечных лимфоузлов (43,2%), паховых лимфоузлов (16%). Увеличение селезенки наблюдалось в 30,2% случаев, увеличение печени – в 17,9% случаев. Также отмечалась гиперемия слизистой ротоглотки (74,1%), гнойный налет на миндалинах (58%), сыпь

(7,4%), желтушность кожи и склер (6,2%).

При лабораторном исследовании наблюдаемых больных ИМ мононуклеары в клиническом анализе крови присутствовали в 100% случаев, лейкоцитоз – 30,2%, повышение СОЭ – в 32,1% случаев. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение АЛАТ (57,4%), тимоловой пробы (50%), билирубина (16,2%), АСАТ (3,1%).

Таблица 5. Сопутствующая патология наблюдаемых больных с ИМ

Сопутствующая патология	Абсолютное количество	% соотношение
Хронический гастрит	4	2,5
Хронический гастродуоденит	3	1,9
Хронический холецистит	34	21,0
Хронический панкреатит	7	4,3
Хронический вирусный гепатит С	4	2,5
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	3	1,9
Язвенная болезнь желудка	3	1,9
Солитарная простая киста печени	1	0,6
Болезнь Жильбера	2	1,2
Хронический цистит	4	2,5
Хронический пиелонефрит	5	3,0
Киста яичника	2	1,2
Хронический простатит	2	1,2
Эрозия шейки матки	3	1,9
Гипертоническая болезнь	5	3,0
Веgeto-сосудистая дистония	10	6,0
Синдром Рейно	1	0,6
Миокардитический кардиосклероз	1	0,6
Предсердная экстрасистолия	1	0,6
Сердечная недостаточность	3	1,9
Хронический бронхит	8	4,9
Хронический тонзиллит	11	6,8
Острый гнойный гайморит	1	0,6
Сколиоз	7	4,3
Идиопатическая подагра	1	0,6

При детальном изучении анамнеза жизни были выявлены сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта: хронический холецистит (21,0%), хронический панкреатит (4,3%), хронический гастрит (2,5%), хронический вирусный гепатит С (2,5%), Хронический гастродуоденит (1,9%), язвенная болезнь 12-перстной кишки (1,9%), язвенная болезнь желудка (1,9%), болезнь Жильбера (1,2%), солитарная простая киста печени (0,6%). Патология мочеполовой системы: хронический пиелонефрит (3,0%), хронический цистит (2,5%), эрозия шейки матки (1,9%), хронический простатит (1,2%), киста яичника (1,2%). Патология сердечно-сосудистой системы: вегето-сосудистая дистония (6,0%), гипертоническая болезнь (3,0%), сердечная недостаточность (1,9%), синдром Рейно (0,6%). У одного больного (0,6%) был выявлен миокардитический кардиосклероз с предсердной экстрасистолией. Патология дыхательной системы: хронический тонзиллит (6,8%), хронический бронхит (4,5%), острый гнойный гайморит (0,6%) и другая патология: сколиоз (4,3%), идиопатическая подагра (0,6%).

В то же время подходы к лечению тяжелых

форм ИМ недостаточно разработаны. Рекомендуется в случае появления желтухи и других выраженных клинико-лабораторных симптомов поражения печени вводить глюкокортикоиды коротким курсом (7-8 дней по 1-1,5 мг на 1 кг массы тела больного в сутки) [2], однако имеются данные, что при этом может быть спровоцировано развитие бактериальных осложнений (паратонзиллитов, синуситов, отитов, бронхопневмонии) [8].

Авторами статьи за последние 10-15 лет накоплен опыт лечения тяжелых форм ИМ с применением детоксицирующих и противовирусных препаратов. При этом мы исходим из общепринятого положения о вирусной природе ИМ, этиологическим фактором развития которого считают вирус Epstein-Barr (EBV) [2] и концепции эндогенной «метаболической» интоксикации видного клинического биохимика современности проф. Л.Л. Громашевской [], которая четко характеризует особенности патогенеза тяжелых форм инфекционных заболеваний, что будет отражено в следующих публикациях.

Выводы:

1. ИМ является достаточно распространенным инфекционным заболеванием, встречаю-

щимся чаще у лиц мужского пола и у пациентов молодого возраста. Клиническое течение заболевания эволюционирует в направлении утяжеления инфекции и развития остаточных явлений, ведущих к длительной потере трудоспособности и ранней инвалидизации больных. Из 162 наблюдающихся нами пациентов женщин было 53 чел. (32,7%), мужчин – 109 (67,3%).

2. Наиболее часто заболевание встречалось у лиц 16-20 лет – 82 человека (50,6%) и 21-25 лет – 49 человек (30,2%), что составляет суммарно 131 человека (80,8%). У лиц 26-30 лет заболевание встречалось в 15 случаях (9,3%), 31-40 лет – в 11 случаях (6,8%), старше 40 лет

– в 5 случаях (3,1%), что составляет суммарно у людей старше 25 лет 31 случай заболевания ИМ (19,2%).

3. Отмечается осенне-весенняя сезонность.

4. Для повышения информированности врачей амбулаторно-поликлинического звена, дерматологов и врачей других медицинских специальностей, включая представителей семейной медицины, следует усилить информационно-просветительную деятельность относительно данного заболевания, тщательное знакомство с современной классификацией болезни, эффективными подходами к лечению, реабилитации и профилактики ИМ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Богомолов Б.П.** Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика / **Б.П. Богомолов.** – М.: Ньюдиамед, 2007. – С. 474-488.
2. **Возіанова Ж.І.** Інфекційні та паразитарні хвороби / **Ж.І. Возіанова.** – Т. 2. – Київ: Здоров'я, 2001. – С. 611-625.
3. **Зойченко М.В.** Бешиха / **М.В. Зойченко** // Лікарська справа. - 2006. - №3. – С. 17-18.
4. Инфекционные болезни / **Ю.В. Лобзин, Т.М. Зубик, К.С. Иванова** [и др.]. – СПб.: Спецлит, 2001. – С. 172-175.
5. Инфекционные болезни и эпидемиология / **В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.** – М.: Геотар-Медицина, 2000. – С. 343-345.
6. Инфекционные болезни и эпидемиология / **В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.** – [2-е изд.]. - М.: Геотар-Медицина, 2009. – С. 450-457.
7. Інфекційні хвороби / **М.Б. Тітов, Б.А. Герасун, Л.Ю. Шевченко** [та інш.]. – Київ: Вища шко-
- ла, 1995. – С. 481.
8. **Казмирчук В.Е.** Диагностика и лечение инфекции, вызванной Эпштейна-Барр вирусом (вирусом герпеса человека 4 типа) / **В.Е. Казмирчук, Д.В. Мальцев** // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. - № 4 (43). – С. 69-75.
9. **Лазарева Г.Ю.** Диагностический справочник инфекциониста / **Г.Ю. Лазарева.** – М.: АСТ, 2007. – С. 197-200.
10. **Постовит В.А.** Особенности инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста / **В.А. Постовит, О.А. Дунаевский.** - Л., 1982. - 190 с.
11. **Юшук Н.Д.** Лекции по инфекционным болезням / **Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров.** - В 2 Т. – Т. 1. - [2-е изд.]. – М.: ВУНМЦ, 1999. – С. 228-42.
12. Principles and practice of infection disease / edition by **Gerald L. Mandell, R. Gordon Douglas, Jr. John E. Bennet.** – [3rd ed.]. – Churchill Livingstone New York, Edinburgh, London, Melbourne, Tokyo, 1990. – P. 796-800.

Терешин В.А., Соцкая Я.А., Круглова О.В., Юган Я.Л. Анализ клинических особенностей инфекционного мононуклеоза у взрослых в современных условиях // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 161-164.

Проведено дослідження особливостей клінічної характеристики больних інфекційним мононуклеозом, находившихся на стаціонарному лікуванні. Отмечено преобладання захворюваності у лиц молодого віку, осінне-весення сезонність.

Ключевые слова: інфекційний мононуклеоз, клініка.

Терешин В.О., Соцька Я.А., Круглова О. В., Юган Я.Л. Аналіз клінічних особливостей інфекційного мононуклеозу у дорослих в сучасних умовах // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 161-164.

Проведено дослідження особливостей клінічної характеристики хворих на інфекційний мононуклеоз, що знаходилися на стаціонарному лікуванні. Відзначено превалювання захворюваності у осіб молодшого віку, осінне-весення сезонність.

Ключові слова: інфекційний мононуклеоз, клініка.

Teryshin V.O., Sotskaya Y.A., Kruglova O.V., Yugan Y.L. Adults have an analysis of clinical features of infectious mononucleosis in modern terms // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 161-164.

A study of clinical features characteristic of patients with infectious mononucleosis who on stationary treatment was provided. A tendency to the occurrence of disease in patients of younger age groups autumn-spring seasonality.

Key words: infectious mononucleosis, clinic.

Надійшла 12.10.2012 р.
Рецензент: проф. Ю.М.Колчін