

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ

Бурмагина Ирина Анатольевна

*канд. мед. наук, Северный государственный медицинский университет, РФ,
г. Архангельск*

E-mail: irb59@yandex.ru

Поздеева Мария Анатольевна

*канд. мед. наук, Северный государственный медицинский университет, РФ,
г. Архангельск*

Агафонов Владимир Михайлович

*канд. мед. наук, доцент Северный государственный медицинский университет,
Россия, г. Архангельск*

E-mail: vagaf1@rambler.ru

INFECTIOUS MONONUCLEOSIS THE NORTHERN REGION

Burmagina Irina

candidate of medical science Northern state medical University, Russia, Arkhangelsk

Pozdeeva Maria

candidate of medical science Northern state medical University, Russia, Arkhangelsk

Agafonov Vladimir

*candidate of medical science, associate professor Northern state medical University,
Russia, Arkhangelsk*

АННОТАЦИЯ

Представлена клиническая характеристика инфекционного мононуклеоза у пациентов в северном регионе. Продемонстрирован клинический случай генерализованной формы этой инфекции. Показаны результаты обследования контактных лиц в очагах методом ИФА и ПЦР с целью выявления субклинических форм болезни.

ABSTRACT

Presents clinical characteristics of infectious mononucleosis in Arkhangelsk. Demonstrated clinical case generalized forms of the infection. The necessity of examination of the contact persons in the centers by ELISA and PCR to detect subclinical forms of the disease.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз; генерализованная форма; специфическая диагностика.

Keywords: infectious mononucleosis; generalized form, specific diagnosis.

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — аэрозольная инфекция, которая часто встречается как во взрослой, так и в детской практике. За последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости ИМ в мире в более чем в четыре раза [2, с. 72; 4, с. 15]. В Десятой Международной классификации болезней инфекционный мононуклеоз представлен как полиэтиологическое заболевание, вызываемое β - и γ -герпетическими вирусами (γ -герпетический вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ), β -герпетический вирус цитомегаловирус (ЦМВ). Мононуклеозоподобный синдром могут вызвать вирусы герпеса 4, 5, 6 типов, т. е. ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6 [1, с. 17; 3, с. 3]. Инфекционный мононуклеоз ВЭБ — этиологии характеризуется длительной лихорадкой, острым тонзиллитом, увеличением лимфоузлов, преимущественно заднешейных, гепато- и спленомегалией, а также появлением в крови атипичных мононуклеаров [2, с. 72; 4, с. 12]. Часто, особенно в детских коллективах, заболевание протекает бессимптомно. Однако в последнее время чаще начали регистрироваться тяжелые и затяжные формы этой инфекции, что требует назначения курсов противовирусной терапии. С синдромом инфекционного мононуклеоза может протекать не только инфекция, вызванная ВЭБ и герпетические инфекции других типов, а также ВИЧ-инфекция, маркером первичных проявлений которой является мононуклеоз.

До настоящего времени в России широко распространены неспецифические методы лабораторной диагностики, ввиду своей дешевизны и простоты выполнения, что позволяет выявить не более 40—70 % больных ВЭБ – инфекцией [4, с. 13; 5, с. 40].

Целью работы являлось определение клинико-эпидемических особенностей инфекционного мононуклеоза в северном регионе.

Заболеваемость мононуклеозом в Архангельской области имеет тенденцию к росту и превышает средние показатели по России (см. рис. 1).

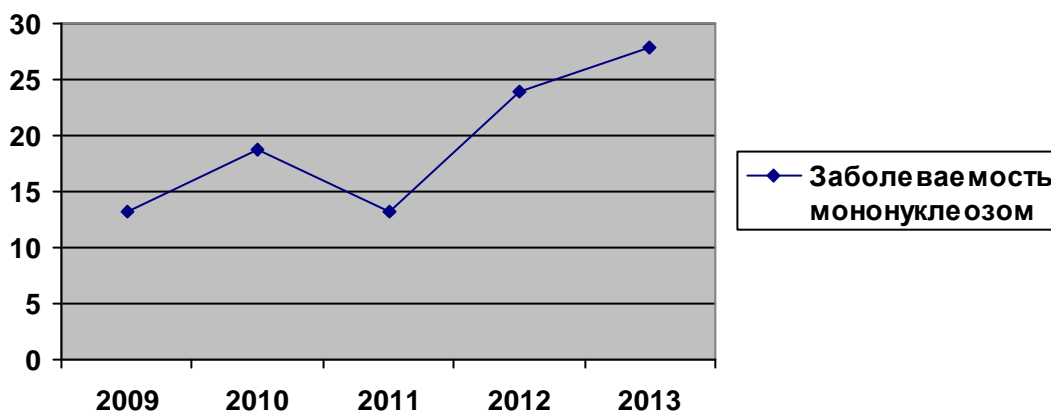


Рисунок 1. Заболываемость инфекционным мононуклеозом в Архангельской области (на 100 000 населения)

Материалы и методы. Проведен анализ 136 случаев инфекционного мононуклеоза у пациентов, наблюдавшихся в инфекционной клинике с 2008 по 2013 годы на основании изучения клинико-эпидемиических и лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение. Проведены наблюдения 136 случаев инфекционного мононуклеоза у пациентов в условиях стационара и поликлиники в возрасте от 3 до 26 лет.

В поликлинических условиях наблюдались 11 пациентов с легким и среднетяжелым течением заболевания, в стационар были госпитализированы 125 больных также с различными формами тяжести инфекции.

Все пациенты с острым мононуклеозом обращались за медицинской помощью по поводу острого респираторного заболевания, ангины, либо лимфаденопатии с длительной лихорадкой.

Лихорадка у всех пациентов наблюдались в течение $14,2 \pm 3,4$ дней. Приступы спастической головной боли отмечали 34 больных. Явления трахеита в виде боли за грудиной и сухого кашля присутствовали у 86 пациентов. Острый бронхит был диагностирован у 22 больных мононуклеозом. Все пациенты регистрировали боли в горле при глотании, болезненность шейных групп лимфатических узлов. У четвертой части пациентов были поражения кожи вирусом простого герпеса в области верхней или нижней губы. У

одиннадцати пациентов отмечена мелкопятнистая сыпь, которая сохранялась до 4—6 дней.

У всех больных наблюдались гепатомегалия и гиперферментемия, у трети — спленомегалия.

В крови у всех заболевших был обнаружен лейкоцитоз, увеличение доли одноклеточных элементов периферической крови (лимфоцитов, моноцитов). В условиях автоматического исследования общеклинического анализа крови с подсчетом формулы атипичных мононуклеаров не было выявлено.

У 36 пациентов проводилось исследование ДНК вируса Эпштейн-Барр в крови с положительными результатами. У пяти пациентов исследовались в крови антитела к капсидному антигену вируса Эпштейн-Барр в иммуноферментном анализе, у них были обнаружены антитела класса иммуноглобулинов G, иммуноглобулины класса M определялись с небольшим коэффициентом позитивности.

Все пациенты прошли обследование на ВИЧ-инфекцию с отрицательными результатами.

Заболевание у семнадцати пациентов протекало в атипичной форме и характеризовалось чрезмерной выраженностью синдрома лимфаденопатии, а также относительным и абсолютным лимфоцитозом. Проявления заболевания у них сохранялись в течение трех недель и требовали проведения дифференциального диагноза с другими лимфопролиферативными заболеваниями. У всех пациентов сохранялся астеновегетативный синдром в течение трех недель после исчезновения проявлений инфекционного мононуклеоза. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

В поликлинических условиях проводилось исследование контактных лиц. При обследовании у одиннадцати контактных лиц по мононуклеозу лиц в семейных очагах методом ИФА были выявлены данные о ранней постинфекционной реакции, свидетельствующие о недавно перенесенном мононуклеозе. Факт болезни в течение последнего месяца все опрошенные контактные лица отрицали.

Приводим описание клинического случая генерализованной формы инфекционного мононуклеоза.

Больной Н., 4 лет, поступил в клинику инфекционных болезней на 17 день болезни. Контакт с инфекционными больными мать ребенка отрицала. Вирусными гепатитами мальчик ранее не болел. Заболевание развивалось постепенно, отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр, слабость, малопродуктивный кашель, явления ринита. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРЗ, получал симптоматическое лечение. Самочувствие ребенка улучшилось, беспокоили боли в правом подреберье, на 13-ый день заболевания мама ребенка заметила иктеричность склер. При обследовании выявлено повышение уровня билирубина до 36,3 мкмоль/л, АЛТ до 158,9 ед/л, АСТ до 294,2 ед/л. Цвет мочи и кала не изменялся. С подозрением на острый вирусный гепатит мальчик был направлен в инфекционный стационар.

При поступлении у ребенка отмечались иктеричность склер, умеренные катаральные явления верхних дыхательных путей, рыхлые небные миндалины, увеличенные до 1 ст., налетов не было. Пальпировались цепочки шейной группы безболезненных лимфоузлов (от 1 до 3 сантиметров). В области правого подреберья отмечалась болезненность, увеличение печени на 5 сантиметров ниже края реберной дуги, печень была мягкоэластичной консистенции, определялось увеличение селезенки на 1 сантиметр ниже края реберной дуги. Гипохолчный, кашицеобразный стул не имел патологических примесей, цвет мочи был темно-желтым.

При обследовании: в гемограмме имели место лейкоцитоз до $15,6 \times 10^9$ /л, относительный умеренный лимфоцитоз, умеренное ускорение СОЭ. Антитела класса IgM и G к вирусу гепатита А не были обнаружены, поверхностный антиген вируса гепатита В, антитела к вирусу гепатита С не выявлены. Были обнаружены антитела Ig M к капсидному антигену ВЭБ (оптическая плотность в ИФА в крови составила 0,225 УЕ, в сыворотке — 3,19). Антитела IgG к ранним белкам ВЭБ в крови не были обнаружены.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости была выявлена гепатоспленомегалия без нарушения структуры этих органов.

Сформулирован диагноз: Инфекционный мононуклеоз ВЭБ этиологии. Генерализованная форма.

Пациент получал активную этиопатогенетическую терапию. Общее состояние ребенка постепенно улучшалось. В дальнейшем постепенно происходило сокращение размеров селезенки и печени. Мальчик был выписан в удовлетворительном состоянии на 14 день пребывания в стационаре.

Выводы. Причинами ежегодного роста заболеваемости инфекционным мононуклеозом на Севере являются улучшение диагностики, информированности врачей, истинный рост заболеваемости по причине роста оппортунистических заболеваний, ассоциированных с иммунодефицитными состояниями. Клиническая картина инфекционного мононуклеоза ВЭБ этиологии на севере характеризуется различной выраженностью типичных клинических проявлений. При обследовании пациентов с поражением печени следует включать маркеры на ВЭБ-инфекцию (ИФА, ПЦР), что может улучшить расшифровку этиологии гепатитов и оптимизировать этиотропную терапию.

Специфическое лабораторное обследование контактных лиц в очагах инфекционного мононуклеоза позволяет выявить малосимптомные формы заболевания.

Список литературы:

1. Волынец Г.В., Потапов А.С. и др. Влияние герпесвирусных инфекций на течение хронических болезней печени у детей / Волынец Г.В., Потапов А.С. и др. // Научно-практический журнал. — 2010. — № 4. — С. 10—16.
2. Лобзин Ю.В. Врожденные инфекции: клиника, диагностика, лечение, профилактика / учебное пособие для врачей под редакцией заслуженного

деятеля науки РФ академика РАМН д.м.н. профессора Ю.В. Лобзина СПб.
2010 г. — С. 72

3. Смирнов А.В., Чуелов С.Б. Современное представление о гепатитах, вызванных вирусами семейства герпеса / Смирнов А.В., Чуелов С.Б // Детские инфекции. — 2008 — № 3. — С. 3—5.
4. Учайкин В.Ф. Цитомегаловирусный гепатит у детей / Учайкин В.Ф. // Детские инфекции. — 2007 — № 4. — С. 12—16.
5. Феклисова Л.В. Клинико-лабораторная диагностика герпесвирусных инфекций у детей с мононуклеозоподобным синдромом / Феклисова Л.В., Галкина Л.А., Казакова С.П. // Материалы 4-й областной научно-практической конференции «Нерешенные проблемы инфекционных болезней у детей». — 2010. — № 4. — С. 39—40.