

Ошибки диагностики инфекционного мононуклеоза взрослых

С.П. Попова¹, Н.Г. Безбородов¹, Т.С. Лапина²

¹Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН

²Клиническая инфекционная больница № 1, Москва

Ранняя диагностика инфекционного мононуклеоза является залогом успешного выздоровления. Проанализированы особенности клинического течения болезни. Отмечена полиорганность заболевания, вариабельность клинического течения, что затрудняет раннюю диагностику. Даны рекомендации по диагностике на госпитальном этапе.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, лихорадка, полиаденопатия, гепатолиенальный синдром.

Эпштейн-Барр вирусная (ЭБВ) инфекция, вызываемая герпес-вирусом человека 4-го типа, относится к одному из распространенных инфекционных заболеваний. Инфицированность населения вирусом Эпштейн-Барр достигает 70–80 %.

Известна полиэтиологичность вируса Эпштейн-Барр. У большинства вирус вызывает инфекционный мононуклеоз. В то же время он играет определенную роль в развитии лимфомы Беркитта, назофарингеальной карциномы, волосистой лейкоплакии, аутоиммунных заболеваний, синдрома хронической усталости.

Ежегодно в мире число пациентов, заболевших инфекционным мононуклеозом, варьирует от 16 до 800 на 100 тыс. населения в зависимости от региона, уровня диагностики и характера учета. В России эти показатели составляют 40–80 случаев на 100 тыс. населения [1].

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) может протекать в виде манифестных форм или бессимптомно. При манифестной форме происходит литическая репликация вируса и активное его размножение в В-лимфоцитах, что приводит к гибели клеток. При бессимптомном течении вирус размножается медленно и клетки не разрушаются, происходит персистенция вируса.

Причины развития той или иной формы различные. Прежде всего, характер процесса зависит от макроорганизма: иммунитета, неспецифической резистенции, предшествующей и сопутствующей патологии, условий жизни, даже времени года. Определенное значение имеет и доза возбудителя.

Манифестные формы ИМ изучены наиболее полно, хотя даже при типичном течении их диагностика на догоспитальном этапе недостаточная. Научными исследованиями установлено, что у переболевших ИМ вирус навсегда остается в некоторых клетках организма и под влиянием неблагоприятных факторов для человека снова может начать размножаться. В результате вирус может появиться в слюне и человек становится

заразным. Это подтверждается тем фактом, что у некоторых пациентов вирус обнаруживается даже через 18 месяцев после перенесенной первичной инфекции. У ВИЧ-инфицированных реактивация вируса может наступить в любое время. Следовательно, латентное или даже хроническое течение ИМ возможно.

Прежде всего, нужно подчеркнуть полиморфизм клинической картины ИМ, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Вот почему обычно больные поступают в стационар уже в период присоединения вторичной инфекции. Да и лабораторная диагностика на госпитальном этапе находится на низком уровне. В то же время, несмотря на отсутствие специфической терапии, своевременно поставленный диагноз позволяет оказать адекватную медицинскую помощь и ускорить период выздоровления.

Все вышеизложенное подтверждает актуальность дальнейшего изучения ряда вопросов, связанных с инфекционным мононуклеозом.

В связи с этим задачей данного исследования явилось проанализировать течение инфекционного мононуклеоза у стационарных взрослых больных. Целью исследования было изучение диагностики болезни на догоспитальном этапе, в стационаре, особенностей клинического течения, информативности лабораторного подтверждения диагноза, новых подходов к лечению и реабилитации, дифференциальной диагностики.

С этой целью нами проведено наблюдение за 66 больными с инфекционным мононуклеозом, находившимися на лечении в инфекционной клинической больнице № 1 с 2010 по 2012 г.

При направлении в стационар диагноз «инфекционный мононуклеоз» был поставлен врачами поликлиник всего лишь у 6 больных (9,1 %). Этот факт свидетельствует о том, что данная патология недостаточно известна или клинические признаки болезни были нечеткие и были расценены врачами как другая патология. Большинство пациентов поступали с диагнозом

«лакунарная ангина» (34 человека — 51,5 %), 20 больных по поводу ОРВИ (30,3 %); остальные диагнозы (12 больных — 18,2 %) были следующие: энтеровирусная инфекция, лихорадка неясной этиологии, серозный менингит, флегмона шеи, хронический тонзиллит.

В приемном отделении ИКБ № 1 диагноз инфекционного мононуклеоза также был поставлен только у 21 пациента (31,8 %). Остальные 45 пациентов (68,2 %) поступили в отделение с ведущим диагнозом «лакунарная ангина», «лакунарная ангина и ОРВИ», «лакунарная ангина и паратонзиллит», «лакунарная ангина и хронический тонзиллит».

Следовательно, первичная диагностика на догоспитальном этапе и даже на уровне приемного отделения инфекционной больницы является недостаточной. Для выяснения возможных причин недооценки состояния больных нами проведен анализ клинического течения болезни для поиска возможных случаев атипичного или скрытого течения.

Все наблюдавшиеся больные были мужчины в возрасте от 15 до 20 лет — 48 человек (72,7 %), от 21 до 26 лет — 12 человек (18,2 %), от 27 до 37 лет — 2 пациента (9,1 %). Сопутствующий диагноз в виде сахарного диабета 1 типа был обнаружен у 2 больных, у 12 наблюдаемых (18,2 %) в анамнезе — хронический тонзиллит. Аллергологический анамнез был неблагоприятным у 12 больных (18,2 %) и касался непереносимости пенициллина.

Значительный интерес представляли сроки поступления больных в стационар после начала заболевания. Так, в первые 3 дня госпитализировано 27 пациентов (40,9 %), на 5–10-й день болезни — 23 больных (34,8 %). Более поздние сроки госпитализации — от 10-го до 16-го дня болезни — имели место у 16 обследованных (24,3 %). По-видимому, проводимое этим больным амбулаторное лечение было неэффективно и диагноз не был верифицирован. Следовательно, у наших пациентов имело место подострое начало болезни.

Большинство больных (45 человек — 68,2 %) связывали возникновение болезни с переохлаждением, случаи контакта с инфекционными больными зарегистрированы у 12 человек (18,2 %). Остальные 9 человек (13,6 %) не могли ни с чем связать возникновение болезни. В то же время это были лица молодого возраста, часть из них выезжали на отдых в пансионаты, лагеря, на дачи, все они имели тесный контакт с лицами противоположного пола.

Основными жалобами больных было повышение температуры, небольшие боли в горле при глотании, сухой кашель, заложенность носа, умеренная головная боль, снижение аппетита. Только 3 больных отмечали болезненность и припухлость области шеи.

Субфебрильная температура наблюдалась у большинства поступивших (35 больных — 53 %), у остальных (31 человек — 47 %) она была высокой: от 38,5 до 39 °С. Продолжительность лихорадочного периода (включая и амбулаторное наблюдение) равнялась

4–5 дням у большинства (40 больных — 60,6 %), у остальных варьировала от 5 до 10 дней в виде субфебрилитета.

При объективном обследовании у всех больных состояние было средней тяжести. Отмечалась небольшая гиперемия лица, одутловатость лица (4 больных), субиктеричность склер (7 больных), гиперемия ротоглотки, увеличение миндалин, гнойные налеты (у 34 больных), заложенность носа и гнусавость (5 больных). У всех больных пальпировались увеличенные лимфоузлы: подчелюстные, заднешейные, затылочные, подмышечные, паховые. Особое внимание следует обратить на увеличение заднешейных лимфоузлов, которое определялось у всех пациентов. У 16 больных (24,2 %) они были увеличены до значительных размеров, иногда — болезненные, с расположением в виде конгломератов (9 больных).

У 6 поступивших больных на коже туловища обнаружена пятнисто-папулезная сыпь, возникшая у 3 больных на 2-й день болезни после приема ампициллина, у 2 — после приема аугментина, у одного — после аспирина «Упса».

Со стороны внутренних органов грубой патологии не выявлено: у 5 больных определялось жесткое дыхание в легких (курильщики), у большинства — непродолжительная тахикардия на фоне лихорадки, глухость сердечных тонов. Увеличение печени и селезенки установлено у 60 пациентов (90,9 %), у остальных отсутствовал четко гепатолиенальный синдром, что, по-видимому, связано с поздним поступлением в стационар (16 больных поступили в стационар на 10–16-й день болезни).

В общем анализе крови у 60 (90,9 %) обследованных выявлялся лейкоцитоз, у остальных количество лейкоцитов было нормальным. В лейкоцитарной форме преобладал лимфоцитоз за счет появления атипичных мононуклеаров. Их количество было различным: до 20 — у 35 больных (53 %), до 40 — у 21 (31,8 %), более 40 — у 6 (9,1 %), отсутствовали у 4 (6,1 %).

При биохимическом исследовании только у 7 пациентов (10,6 %) оказались повышенными показатели трансаминаз. Они варьировали от 100 до 400 мкмоль/ (мин. л) с быстрой положительной динамикой через 7–8 дней. Остальные биохимические показатели были в пределах нормы.

Серологически диагноз инфекционного мононуклеоза был подтвержден у 64 больных (96,9 %), реакция латекс-агглютинации (ЛАИМ) оказалась положительной на 10–14-й день от начала болезни. У 2 пациентов ЛАИМ была отрицательной, несмотря на наличие атипичных мононуклеаров и отрицательных тестов на цитомегаловирусную инфекцию.

Таким образом, в клинике всем больным был установлен диагноз **инфекционный мононуклеоз средне-тяжелого течения**. У большинства (58 больных — 87,8 %) предварительный диагноз был поставлен на 2-й день пребывания в стационаре. У остальных 8 боль-



ных на 5-й и более день болезни, что связано с аллергическими явлениями (6 больных) и отсутствием изменений в общем анализе крови (4 больных).

Лечение больных носило симптоматический характер. Противовирусное лечение не проводилось, хотя в последние годы появились рекомендации по использованию в острой фазе заболевания циклоферона в инъекционной форме или в форме ректальных суппозиторий, что чаще практикуется в детской практике [2, 3].

В остром периоде больные соблюдали постельный режим, щадящую диету, употребляли большое количество жидкостей, проводилась борьба с интоксикацией, использовались жаропонижающие средства при высокой температуре. У части больных (21 больной — 31,8 %) проводились короткие курсы глюкокортикоидов, при присоединении ангины использовались антибиотики широкого спектра действия за исключением ампициллина и оксациллина.

В результате проведенного лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика: нормализовалась температура, общее состояние, исчезли боли в горле и явления ангины, уменьшились размеры лимфатических узлов, печени. В крови число лейкоцитов, активность трансаминаз сократились до нормы. В то же время у части пациентов (16 больных — 24,2 %) более длительно оставались повышенными атипичные мононуклеары в крови, сохранялись увеличенными лимфатические узлы и спленомегалия.

Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Даны рекомендации по соблюдению режима и диеты. Прежде всего, следует ограничить физические нагрузки, особенно в первые 1–1,5 месяца. Рекомендовано диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев с обязательным исследованием анализа крови. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

Таким образом, литературные данные и результаты собственных наблюдений подтверждают довольно широкое распространение инфекционного мононуклеоза. Болезнь характеризуется полиорганностью, вариативностью клинической картины, длительным лихорадочным периодом, полиаденопатией, частым присоединением вторичной инфекции. В то же самое

время, по нашим наблюдениям, у большинства обследованных болезнь протекала довольно типично и без тяжелых осложнений. В связи с этим на догоспитальном этапе для своевременной и быстрой диагностики следует учитывать ряд кардинальных признаков при развитии инфекционного мононуклеоза. К ним относятся: подострое начало болезни, длительное повышение температуры, вовлечение в воспалительный процесс лимфатических узлов шейной группы, отечность и одутловатость лица, заложенность носа и гнусавость, острый тонзиллит, несоответствие увеличенных лимфатических узлов и явлений ангины, гепатолиенальный синдром.

Литература

1. Ющук Н.Д., Рослый И.М., Белова Е.Г и соавт. Функциональное состояние печени при инфекционном мононуклеозе взрослых // Лечащий врач. — 1998. — № 3. — С. 19–22.
2. Инфекционные болезни. Национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. — 1056 с.
3. Курмаева Д.Ю. Клиническая характеристика инфекционного мононуклеоза и сравнительный анализ эффективности лечения противовирусными препаратами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2013. — 24 с.

Mistakes in diagnostics of infectious mononucleosis in adults

S.P. Popova¹, N.G. Bezborodov¹, T.S. Lapina²

¹Department of infectious diseases with epidemiology course, PFUR

²Infectious Diseases Hospital № 1, Moscow

Early diagnostics of infectious mononucleosis (IM) is the key to successful recovery. The paper analyzes the clinical course of MI. MI is marked by multiple lesions of the different organs, so presents wide variability of clinical patterns, so that makes early diagnostics difficult.

Key words: infectious mononucleosis, fever, general lymphadenopathy, hepatolienal syndrome.

