

УДК 616.98+26.89

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО  
МОНОНУКЛЕОЗА  
ПО МАТЕРИАЛАМ ОГУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Е.Н. ПАВЛОВСКОГО» г.  
БЕЛГОРОДА

А.Е. БАРАНОВ<sup>2</sup>, Л.В.

РОВЕНСКАЯ<sup>2</sup>

С.Ю. ШЕВЦОВА<sup>2</sup>, Е.Д.

КАЛЮЖНАЯ<sup>2</sup>

А.Т. РАЗЕНЬКОВА<sup>2</sup>,

Т.А. РОМАНОВА<sup>1</sup>

Т.Н. ПОНОМАРЕНКО<sup>1</sup>

*1) Белгородский  
государственный  
национальный  
исследовательский  
университет*

*2) Инфекционная  
клиническая больница  
имени Е.Н.Павловского,  
г. Белгород  
e-mail: infektt.mail.ru*

Проанализированы случаи  
заболевания инфекционным  
мононуклеозом у пациентов,  
находившихся на лечении в 1 от-  
делении Областной инфекционной  
клинической больницы им. Е.Н.  
Павловского г. Белгорода в 2009–  
2010 гг. Всего за этот период было  
пролечено 70 человек, из них  
мальчиков – 48 че- ловек, что  
составляет 68,6%, девочек – 22  
человека, или 31,4%.

Ключевые слова: случаи,  
мононуклеоз, пациенты, маль- чики,  
девочки.

---

**Инфекционный мононуклеоз (ИМ)** – общее инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр, характеризующееся лихорадкой, увеличением лимфатических узлов, поражением ротоглотки, гепатоспленомегалией и появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров. Впервые заболевание описано в 1884 г. Н.Ф. Филатовым под названием «идиопатическое воспаление шейных желез», позднее (1889 г.) – немецким

врачом Пфайффером как «железистая лихорадка». Термин «инфекционный мононуклеоз» предложен американскими учеными Т. Sprunt и F. Evans в 1920 г. (общепризнанным стал после Международного съезда инфекционистов в 1961 г.). После открытия возбудителя (1964 г.) появилось новое название болезни — «Инфекция, вызванная вирусом Эпштейна-Барр» или «Эпштейна-Барр вирусная инфекция» [1, 3].

Источником инфекции являются больные манифестными и атипичными формами болезни, а также вирусоносители. Восприимчивость к вирусу Эпштейна-Барр высокая. В последние годы отмечается рост заболеваемости, что объясняется изменениями экологии и снижением иммунного статуса детей и подростков. Заболевание встречается в виде спорадических случаев, но имеются описания вспышек в семьях, школах, среди студентов [2].

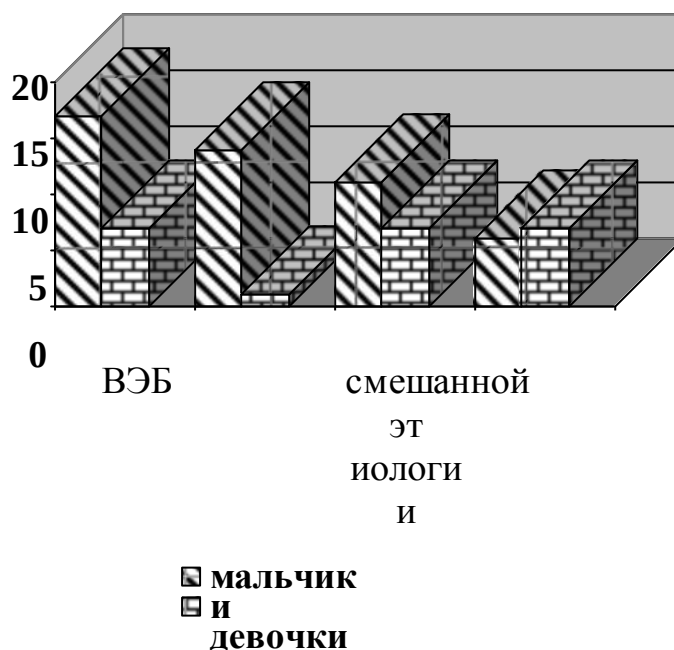
**Объем и методы исследования.** Проанализированы случаи заболеваемости инфекционным мононуклеозом у пациентов, находившихся на лечении в 1 отделении Областной инфекционной клинической больницы им. Е.Н. Павловского г. Белгорода за период с 2009 по 2010 гг.

Всего пролечено 70 человек, из них мальчиков – 48 человек, что составляет 68,6%, девочек – 22 человека, или 31,4%. Сравнительная заболеваемость мальчиков и девочек по этиологии ИМ представлена на рис. 1. Показатели заболеваемости в нашей больнице, в зависимости от пола, отражены в табл. 1.

**Показатели заболеваемости в зависимости от пола**

**Таблица 1**

|        | ВЭБ | ЦМВ | Смешанной | Неустановленной |
|--------|-----|-----|-----------|-----------------|
| Мальчи | 7   | 1   | 1         | 6               |
| Девочк | 7   | 1   | 7         | 7               |
| Всего: | 24  | 5   | 8         | 13              |



*Рис. 1. Заболеваемость мальчиков и девочек*

По нашим данным, в этиологической структуре преобладает ИМ, вызванный вирусом Эпштейна-Барр. ИМ чаще болеют мальчики. По срокам поступления в стационар больные распределились следующим образом:

- в первые 3 дня от начала заболевания – 4 человека (5,7%);
- в первые 5 дней – 21 человек (30%);
- от 6 до 10 дня – 25 человек (35,7%);
- позже 10 дней от начала заболевания – 20 человек (28,6%).

Практически половину больных составили дети до 4 лет – 36 человек (51,4%), дети с 4 до 7 лет – 16 человек (23%), дети с 7 лет и взрослые – 18 человек (25,7%). Распределение заболевания по возрасту и полу отражено на рис. 2.

В стационар больные направлялись со следующими диагнозами:

- «Инфекционный мононуклеоз» или «Инфекционный мононуклеоз?» – 44 человека (62,9%);
- «ОРВИ. Лимфаденит» – 9 человек (12,9%);

- «Ангина. Лимфаденит» — 8 человек (11,4%);
  - «ЦМВИ, ОВГ, вызванный ВЭБ» — 2 человека (2,8%);
  - самостоятельно обратились — 6 человек, (8,6%).
- При поступлении в стационар в 66 случаях (94%) был поставлен диагноз «Ин-

фекционный мононуклеоз» или «Инфекционный мононуклеоз?». Только в 4 случаях (6%) больные госпитализированы с диагнозом «Лакунарная ангина».

У всех детей заболевание протекало в среднетяжелой форме. В 100% случаев отмечались гипертермия 38-39<sup>0</sup>С от 8 до 14 дней, головная боль, снижение аппетита, общее недомогание. Носовое дыхание затруднено. Характерными были пастозность лица, значительное увеличение всех групп лимфатических узлов шеи, а также увеличение печени и в меньшей степени селезенки. Больные жаловались на боль в горле при глотании. При осмотре выявлялась гипертрофия небных миндалин до II-III степени, на миндалинах —

гнойные налеты, преимущественно бело-желтого цвета, рыхлые, легко снимаются. Клинические проявления заболевания сохранялись в течение 3-4 недель.

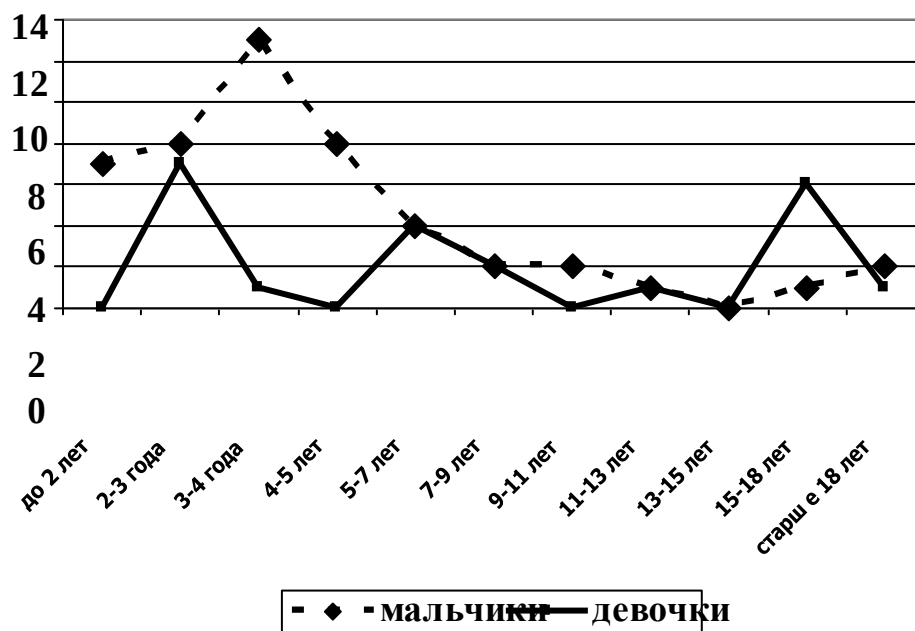


Рис.  
2

Экзантема в виде необильной, полиморфной, преимущественно мелкопятнистой сыпи на груди, животе, конечностях нередко является симптомом инфекционного мононуклеоза. Сыпь также может быть обусловлена применением в лечении ампициллина (амоксиклава, ампиокса). В таких случаях экзантема имеет выраженный пятнисто-папулезный характер, ярко красного или багрового цвета, нередко имеет тенденцию к слиянию, образуя крупные эритематозные, возвышающиеся над уровнем кожи пятна. Локализация сыпи различна: чаще на туловище, реже — конечностях и лице. Сыпь располагается на неизменном фоне кожи, нередко имеет геморрагический характер (петехии, экхимозы), не оставляет после себя пигментации и шелушения.

По нашим наблюдениям (рис. 3), сыпь на коже отмечалась у 16 человек (22,9%)

из 70 находящихся в стационаре. Из них до поступления в стационар получали препараты ампициллина и впоследствии появилась сыпь — у 10 человек (62,5%). Сыпь, не связанная с приемом препаратов ампициллина, у 6 человек из 16 (37,5%). Всего из 70 наблюдаемых больных получали препараты ампициллина (флемоксин, аугментин, амоксиклав) — 26 человек (37%).

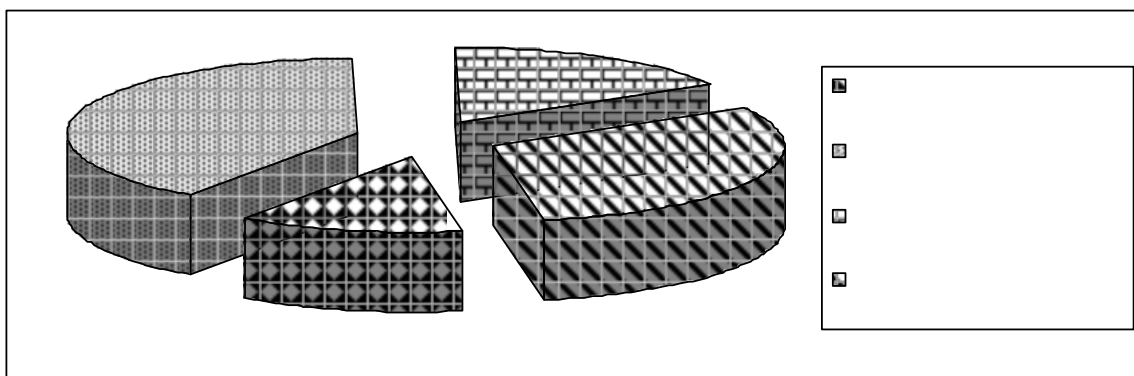
17  
%

39%

**ВЭБ**

**ЦМВ**

**СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ**



31%

## НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Рис. 3. Частота встречаемости сыпи при лечении ампициллином у больных мононуклеозом, в зависимости от этиологии*

Если рассматривать этиологию ИМ и появление сыпи у 16 человек от общего числа больных, то появление сыпи отмечалось:

- при ЦМВ инфекции — у 6 больных (40%);
- при ВЭБ инфекции — у 3 больных (12,5%);
- смешанной этиологии — у 3 больных (16,7%);
- неустановленной этиологии — у 4 больных (30,8%).

Не у всех больных с инфекционным мононуклеозом прием препаратов ампи-

циллина провоцировал появление сыпи. При ИМ, вызванном ВЭБ, получали препараты ампициллина 10 человек, из них у 3 появилась сыпь; при ИМ, вызванном ЦМВ, получали препараты ампициллина 7 человек, из них сыпь — у 4; при ИМ смешанной

этиологии получали препараты ампициллина 6 человек, из них сыпь — у 1; при ИМ не-установленной этиологии получали препараты ампициллина 3 человека, из них сыпь — у 2 больных.

Этиологическая расшифровка проводилась путем исследования крови методом ПЦР (обнаружение ДНК вируса) и методом ИФА (определение антител класса IgM, IgG). По этиологии все больные были распределены на 4 группы:

- ИМ, вызванный вирусом Эпштейна-Барр — 24 человека (34,3%);
- ИМ, вызванный ЦМВ — 15 человек (21,4%);
- инфекционный мононуклеоз смешанной этиологии — 18 человек (25,7%);
- неустановленной этиологии — 13 человек (18,6%).

Изменения в периферической крови:

У больных типичными формами ИМ отмечались: лейкопения, лейкоцитоз,

плазматизация лимфоцитов; наличие атипичных мононуклеаров, количество которых колебалось от 10 до 28%. Количество сегментоядерных нейтрофилов обычно снижалось, а содержание палочкоядерных клеток крови увеличивалось в начале заболевания. СОЭ повышалось умеренно. При наличии сопутствующей бактериальной инфекции СОЭ повышена, количество нейтрофилов значительно возрастало. Показатели красной крови и количество тромбоцитов, как

правило, не изменялись.

**Лечение:**

Инфузионную терапию получали 61 человек — 87,1%.

Глюкокортикостероиды внутривенно — 54 человека (77,1%), внутрь коротким курсом — 7 человек (10%).

Ацикловир получали 8 человек (11,4%), изопринозин — 49 человек (70%), вифе- рон — 19 человек (27%), циклоферон — 43 человека (61,4%), из них 2 человека — per os.

Всем детям проведен курс антибактериальной терапии (пенициллин, цефазо- лин, сумамед).

В результате проведенного лечения выписаны:

- с полной нормализацией общего анализа крови — 49 человек (70%);

- в общем анализе крови сохранились атипичные мононуклеары и клетки, сходные с атипичными мононуклеарами — у 21 человека (30%).

Сроки пребывания больных в стационаре отражены в табл. 2.

**Сроки пребывания в стационаре**

Таблица 2

|                                       | ВЭ   |    | ЦМ   |    | Смешанной |      | Неустановленной |      |
|---------------------------------------|------|----|------|----|-----------|------|-----------------|------|
| Средняя<br>длительность<br>пребывания | Пол  |    |      |    |           |      |                 |      |
|                                       | м    | д  | м    | д  | м         | д    | м               | д    |
|                                       | 10,6 | 12 | 12,2 | 13 | 10,5      | 12,6 | 11,7            | 10,7 |
| В с е г о : М а л ь ч и к             |      |    |      |    |           |      |                 |      |
|                                       | 11   |    | 12,3 |    | 11,3      |      | 11,2            |      |

### Выводы:

- в этиологической структуре ИМ преобладает ИМ, вызванный Эпштейна-Барр вирусом;
- чаще болеют мальчики, что соответствует статистике по другим регионам;
- в основном болеют дети в возрасте до 4 лет;
- сыпь при ИМ не всегда связана с приемом антибиотиков;
- течение заболевания преимущественно доброкачественное;
- длительность пребывания в стационаре соответствует медико-экономическим стандартам.

### Литература

1. Краснов, В.В. Инфекционный мононуклеоз. Клиника. Диагностика. Современные принципы лечения / В.В. Краснов. – СПб. ; Н-Новгород, 2003.
2. Тищенко, М.С. Лечение больных герпетической инфекцией / М.С. Тищенко и соавт. – Terra Medica. – 2006. – № 4 (44). – С. 40-44.
3. Тюрин, А.Б. Клинико-лабораторная характеристика ассоциированных с ВИЧ-инфекцией заболеваний, вызванных вирусами герпеса 6 типа и Эпштейна-Барр / А.Б. Тюрин, О.И. Назарова // Омский научный вестник. – 2005. – № 4 (33). – С. 140-142.

### CLINICAL ASPECTS OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS ACCORDING TO THE DATA OF «BELGOROD INFECTIOUS CLINICAL HOSPITAL, NAMED AFTER E.N. PAVLOVSKY»

A.E. BARANOV<sup>2</sup>, L.V. ROVENSKAYA<sup>2</sup>  
S.Y. SHEVTSOVA<sup>2</sup>, E.D. KALJUZHNAYA<sup>2</sup>  
A.T. RAZENKOVA<sup>2</sup>, T.A. ROMANOVA<sup>1</sup>  
T.N. PONOMARENKO<sup>1</sup>

*1) Belgorod National  
ReserchUniversity*

*2) Infectious Clinical Hospital named after E.N. Pavlovsky, Belgorod*

*e-mail: infektt@mail.ru*

The cases of infectious mononucleosis among the patients of department №1 of Regional infectious clinical hospital named after E.N. Pavlovsky in Belgorod during 2009-2010 were analysed. 70 patients received medical treatment during this period of time, there were 48 boys (68,6%) and 22 girls (31,4%).

Key words: mononucleosis, patients, boys, girls.